

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

761

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christiane Alice SOUDANT

Née le 1^{er} juillet 1911, à Niort (Deux-Sèvres)

De la Valeur de la Conservation
des Trompes et Ovaires
dans les
Hystérectomies pour Fibrome utérin

Résultats éloignés de 100 observations

Président : M. MOCQUOT, Professeur,

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christiane Alice SOUDANT

Née le 1^{er} juillet 1911, à Niort (Deux-Sèvres)

**De la Valeur de la Conservation
des Trompes et Ovaires
dans les
Hystérectomies pour Fibrome utérin**

Résultats éloignés de 100 observations

Président : M. MOCQUOT, Professeur,

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique.....	LAUBRY
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu me confier ses observations et l'examen de ses opérées.

Qu'il trouve ici l'expression de ma vive gratitude et de ma respectueuse affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de Clinique de gynécologie
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui me fit le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MADAME LE DOCTEUR KREIS

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
en témoigne de ma gratitude pour son
enseignement et son amitié qui m'ont été
l'un et l'autre très précieux.*

AU DOCTEUR CHARLES CACHIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Avec toute ma sympathie et ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR N. FIESSINGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABRAMI

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LEVEUF

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TZANCK

External :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR H. DARRÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

**De la Valeur de la Conservation
des Trompes et Ovaires
dans les Hystérectomies pour Fibrome utérin**

INTRODUCTION

Les progrès de la chirurgie gynécologique ont, pendant longtemps, porté sur la simplification de la technique; le but poursuivi par le chirurgien était d'arriver à réduire la gravité de l'hystérectomie. Les efforts se poursuivent, actuellement, sur un autre plan : celui de troubler le moins possible, par l'intervention, le fonctionnement endocrinien. Cet effort que la perfection des techniques actuelles rend légitime, n'est point une préoccupation de luxe; il suffit de penser aux troubles si pénibles de la castration chirurgicale, troubles d'autant plus importants que la femme est plus jeune et ses ovaires plus actifs, pour se convaincre que la conservation du fonctionnement de l'ovaire est un point important pour l'avenir des opérées.

Nous avons revu cent opérées ayant bénéficié de la conservation des trompes et ovaires au cours d'hystérectomie pour fibrome. L'examen de ces opérées va nous permettre d'évaluer les résultats obtenus par la

conservation des annexes et de juger de ses avantages et inconvénients.

Toutes ces opérations ont été faites par notre maître le Dr Bergeret, avec une même technique, que nous décrirons.

PREMIÈRE PARTIE

I

Rappel physiologique du rôle endocrinien de l'ovaire.

L'ovaire est une glande à sécrétion mixte ; sa sécrétion externe, c'est la ponte ovulaire ; sa sécrétion interne joue un rôle primordial, dans l'organisme féminin, de la naissance à l'extrême vieillesse ; mais c'est surtout pendant la période d'activité génitale que la fonction hormonale de l'ovaire est prépondérante. La folliculine et la lutéine forment la presque totalité de la sécrétion ovarienne interne. Avant de rappeler l'action de l'ovaire :

1. Sur la vie génitale active ;
2. Sur les glandes à sécrétion interne ;
3. Sur le grand sympathique.

Nous dirons quelques mots sur l'action isolée de la folliculine et de la lutéine.

La folliculine.

La folliculine se trouve dans le liquide folliculaire. Les premières expériences concluantes sur son action sont dues à Allen et Doisy, en Amérique en 1923 et à Courrier, en France en 1924.

Les principaux effets physiologiques et pharmacodynamiques obtenus, sur les animaux, avec la folliculine sont :

1. Une action stimulante sur le développement de l'épithélium mammaire ;
2. Une action inhibitrice sur le développement de l'appareil folliculaire ovarien ;
3. Une action sur les glandes endocrines, en particulier sur le lobe antérieur de l'hypophyse ; les fortes doses augmentent la sécrétion de l'hormone lutéinisante et inhibent la formation du principe de maturation folliculaire ;
4. Une action sur les phanères ;
5. Une action sur les cellules en voie de multiplication ;
6. Une action de sensibilisation du muscle utérin vis-à-vis du principe ocytocylique du lobe postérieur de l'hypophyse ;
7. Actions diverses : hypocalcémiante, hypoglycémiante, d'hypercoagulabilité du sang.

Si l'on détruit, chez un animal, par les rayons X ou le radium, une quantité de tissu folliculaire, bien

qu'il existe encore du tissu ovarien intact, cette destruction folliculaire, à elle seule, suffit pour entraîner la castration fonctionnelle totale. Une femelle castrée qui reçoit de la lutéine, n'en présente pas moins les caractères des femelles castrées ; mais, si elle reçoit une quantité suffisante de folliculine, suivant un rythme convenablement choisi, les symptômes anormaux disparaissent.

La folliculine est donc : *l'hormone sexuelle femelle*.

La lutéine.

Le corps jaune est le point de départ d'une hormone, la lutéine.

Les principales actions physiologiques et pharmacodynamiques obtenues avec la lutéine, chez l'animal, sont :

1. Une action inhibitrice vis-à-vis de l'ovulation ;
2. Une action morphogénétique sur l'utérus, c'est la production de l'état prégravidique ou prémenstruel ; chez les castrées ou impubères, il y a production de déciduome ; en outre, action empêchante vis-à-vis de l'avortement provoqué ;
3. Action inhibitrice sur les contractions utérines ;
4. Action sur les ligaments de la ceinture pelvienne ;

La suppression du corps jaune n'agit que sur l'évolution de la phase lutéinique, et cette action est tem-

poraire. Si, chez des souris, on irradie les ovaires avec une certaine intensité de rayons X, on arrive à empêcher la formation des corps jaunes ; cependant, les cycles œstraux continuent à se produire, comme sur les souris normales.

La lutéine agit sur l'utérus, créant les phénomènes préparatoires à la nidation de l'œuf c'est : *l'hormone de gestation*.

1^o ACTION DE L'OVAIRE SUR LA VIE GÉNITALE ACTIVE.

La conception biologique de la fonction ovarienne doit être unitaire : cette fonction dépend de l'appareil folliculaire qui comprend le follicule et le corps jaune.

Les phases de l'évolution folliculaire s'accomplissent suivant un rythme régulier, dit *cycle œstral* ; chez la femme il recommence, sans solution de continuité, tous les vingt huit jours.

Schématiquement, le cycle œstral s'accomplit en trois phases principales qui agissent sur le tractus génital, lequel subit des changements caractéristiques, et sur l'organisme dans l'ensemble.

Le préœstrus qui correspond à la croissance folliculaire débute après la fin de la menstruation et dure environ deux semaines ; la folliculine, formée par les cellules de la thèque interne et, peut-être aussi par les cellules interstitielles, s'accumule dans le liquide folliculaire et passe dans le sang, provoquant le déve-

loppement du tractus génital et des glandes mammaires.

Le follicule atteint sa pleine maturité, c'est l'œstrus ; la rupture folliculaire va se produire, suivie de l'ovulation.

La phase suivante ou *postœstrus* est celle du développement du corps jaune ; à ce moment, la folliculine est éliminée par les urines. L'ovule n'étant pas fécondé, il n'y a pas de nidation, et le corps jaune cesse d'évoluer. C'est alors le *métoœstrus*, phase de dégénérescence du corps jaune. Le taux de la folliculine dans le sang s'abaisse, déterminant, au niveau de l'utérus des modifications vasculaires qui provoquent l'hémorragie menstruelle.

2^o ACTION SUR LES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE.

Il existe une interdépendance plus ou moins marquée entre les glandes à sécrétion interne et l'ovaire. L'influence physiologique réciproque de l'ovaire, du corps thyroïde et de l'hypophyse se manifeste nettement aux grandes étapes de la vie génitale.

A la puberté, le corps thyroïde, l'hypophyse augmentent de volume ; la gestation et la lactation entraînent une hypertrophie anatomique de ces deux glandes. Après castration, chez les femelles adultes, on note une hypertrophie thyroïdienne et hypophysaire, s'accompagnant d'hyperémie et d'hyperactivité compensatrice ; dans le lobe postérieur de l'hypophyse on voit apparaître des cellules particulières, dites

cellules de castration, et on trouve, dans les urines, des hormones hypophysaires en quantité anormale, donnant les réactions biologiques de la grossesse (Zondeck et Hamberger).

Les expériences de Aschheim et Zondeck, en 1928, ont prouvé que l'hormone antéhypophysaire agissait sur le développement folliculaire et sur la maturation de l'œuf ; il est généralement admis que maturation folliculaire et lutéinisation sont directement conditionnées par les variations de taux des hormones hypophysaires respectives. Le lobe antérieur de l'hypophyse apparaît donc comme le grand régulateur de la fonction génitale.

3^o ACTION SUR LE GRAND SYMPATHIQUE.

Crainicianu a étudié, chez des femmes castrées, l'état du tonus végétatif, il a constaté que, dans l'ensemble, il était nettement abaissé, en entier. Cette diminution de tonus végétatif ne se retrouve pas, après d'autres opérations que la castration.

Le rôle endocrinien de l'ovaire est donc important ; le respecter est le but de la chirurgie conservatrice ; ce désir semble logique, si l'on envisage les troubles sérieux apportés dans l'organisme féminin, par l'ablation des ovaires sains. Ce sont ces troubles que nous allons énumérer.

II

Étude des troubles déterminés par la castration.

Les troubles déterminés par la castration chirurgicale ou roëntgenthérapique sont bien connus ; ils sont surtout très marqués chez les femmes jeunes, loin de la ménopause, tandis que chez les femmes castrées vers la cinquantaine ils semblent s'atténuer.

Ces troubles sont dus au double déséquilibre créé, dans l'organisme en pleine activité génitale, par la suppression d'une glande aussi importante, l'ovaire ; ils consistent en troubles d'ordre divers dont les plus importants sont ceux de la nutrition générale et les perturbations vaso-motrices et, plus accessoirement, les troubles psychiques et les modifications endocrines secondaires.

Toutes ces manifestations entraînent une importante modification du comportement de la femme ; il y a un vieillissement certain. Suivant la prédominance de ces troubles, on a pu dire que la femme castrée tendait soit vers le type adiposo-génital avec embonpoint excessif, asthénie et apathie, soit vers le type

basedowien avec amaigrissement, sudation et sympathicotonie.

Plus ou moins marqués, ces troubles existent toujours ; ils apparaissent dès le premier ou le deuxième mois qui suit la castration et durent plusieurs mois, souvent même deux ans. Cependant, ils peuvent faire défaut dans certaines circonstances particulières :

1^o Si des débris d'ovaire ou des ovaires surnuméraires ont été laissés en place ; cette éventualité n'est sans doute pas exceptionnelle, ainsi que l'ont prouvé des opérations pratiquées des années après l'hystérectomie.

2^o Si les deux ovaires sont déjà très altérés par un processus inflammatoire, la castration, loin d'apporter des troubles, améliore ceux qui existaient avant l'intervention ; dans ce cas, la castration pathologique spontanée est antérieure à l'exérèse chirurgicale.

1^o TROUBLES VASO-MOTEURS.

Les troubles vaso-moteurs sont les plus fréquents et ceux qui persistent le plus longtemps, survenant par crises, plus ou moins espacées.

Les bouffées de chaleur sont à mettre au premier plan, parmi ces manifestations. Elles sont toujours bien décrites par les malades ; elles consistent en une pénible sensation de rougeur, de chaleur qui monte au visage s'accompagnant de picotements, d'éblouissements, de vertiges ou de bourdonnements d'oreilles. Chaque bouffée de chaleur dure de deux à cinq mi-

nutes et se termine par des sueurs localisées ou généralisées ; les crises se produisent surtout après les repas, mais elles peuvent être nocturnes, réveillant la malade ; au nombre de cinq à six par jour, en moyenne, souvent plus nombreuses, pendant quelques jours consécutifs, elles sont extrêmement gênantes interrompant momentanément le travail.

Parfois des migraines s'associent aux bouffées de chaleur ou les remplacent : migraines frontale ou occipitale, en casque, avec état nauséux et troubles oculaires.

L'acrocyanose et les œdèmes sont moins caractéristiques. On a beaucoup discuté sur les modifications apportées à la tension artérielle par la castration : elles dépendent, en fait, de l'état antérieur de la tension, les malades hypertendues ayant fréquemment une augmentation de leur hypertension, l'accentuation portant surtout sur le minima.

Apparaissant environ le troisième mois après la castration, cette hypertension est surtout caractérisée par sa ténacité et par l'absence de complications.

2° LES TROUBLES DES MÉTABOLISMES.

L'ovariotomie entraîne une perturbation du métabolisme des graisses ; les réserves nutritives sont augmentées ce qui amène un embonpoint sérieux de l'ordre de cinq à dix kilogrammes environ. Les régimes restrictifs se montrent plutôt inefficaces, l'embonpoint persiste.

Les métabolismes calcique et phosphoré sont perturbés ce qui explique les rhumatismes des castrées, leurs douleurs osseuses ou articulaires, parfois musculaires, erratiques, gênant le travail et s'accompagnant de décalcification nettement décelable par la radiographie ; ces troubles se trouvent très améliorés par un traitement à la fois calcique et phosphoré.

3^o LES TROUBLES PSYCHIQUES ET NERVEUX.

Les troubles psychiques et nerveux sont assez fréquents. La majorité des opérés ont une déficience de la mémoire qui est assez caractéristique.

Leur caractère est modifié : elles sont irritables, impressionnables, ont des instabilités d'humeur faciles avec parfois une tendance à la mélancolie ; ce sont des instables et des algiques.

Leur sommeil est facilement agité, les insomnies ne sont pas rares.

Ces malades ont de la paresse intellectuelle et même une certaine asthénie morale apparaît.

Plus rarement des psychoses vraies.

4^o TROUBLES DE LA SPHÈRE GÉNITALE.

Après castration, les glandes du vagin et des organes génitaux externes secrètent peu, aussi les muqueuses deviennent-elles pâles, sèches, friables ; il y a un certain degré d'atrésie pouvant même, dans les cas extrêmes aller jusqu'au kraurosis.

Les vulvites, les prurits vulvaires avec troubles cutanés se rencontrent assez fréquemment, de même les vaginites desquamatives ulcéreuses avec petites ulcérations lenticulaires rouges, se détachant nettement sur la muqueuse vaginale ; le col utérin s'atrophie.

Le plaisir sexuel ne semble pas modifié. Parfois, les malades constatent une intensification paradoxale de ce plaisir, phénomène dû, souvent, à la suppression de la douleur, par l'intervention ; par contre, les relations sexuelles peuvent devenir pénibles, douloureuses même, du fait de l'atrésie vaginale signalée.

Il n'y a pas de modifications appréciables des autres caractères sexuels secondaires (pilosité, seins, voix).

5^o TROUBLES DU FONCTIONNEMENT DE TOUTES LES GLANDES ENDOCRINES.

La castration crée une dysharmonie endocrinienne.

L'ovariotomie modifie le fonctionnement de la thyroïde ; il apparaît une hypo ou une hyperthyroïdie, selon l'état préalable de la glande ; ce qui, en clinique, se traduit par de petits syndromes basedowiens si fréquents chez les castrées ou par l'amélioration d'un goître, voire même sa disparition.

L'ablation des ovaires amène un manque de résistance à la fatigue, une asthénie particulière pouvant même être tellement marquée qu'elle contraigne l'opérée à abandonner un métier facilement accompli auparavant. Cette asthénie, de même que l'hypertension artérielle et une moins grande résistance aux

infections s'expliquent par un trouble du fonctionnement des surrénales.

Les troubles des phanères sont fréquents, variés, sans caractères constants ; ils consistent en sécheresse de la peau, chute des cheveux, érythèmes cutanés, prurits, eczémas et œdèmes.

Quelle que soit l'importance de ces troubles, ils n'en sont pas moins fort pénibles et désagréables à supporter, leur traitement est plutôt décevant.

En conclusion, l'on peut dire qu'une femme castrée est nettement amoindrie, que son activité se trouve restreinte, tant au point de vue physique que psychique et social.

III

Physiologie des ovaires conservés après hystérectomies.

Le sort de l'ovaire conservé après hystérectomie varie essentiellement selon :

- Son état antérieur ;
- La technique chirurgicale employée :
 - 1^o Greffe ovarienne ;
 - 2^o Ovaire conservé seul, *in situ* ;
 - 3^o Conservation, *in situ* des trompes et ovaires ;
 - 4^o Conservation ovarienne associée à la conservation fragmentaire de la muqueuse utérine.

Il est inutile et même nuisible de laisser en place un ovaire physiologiquement détruit, comme c'est le cas pour les dégénérescences ovariennes kystiques ou scléro-kystiques, comme c'est aussi le cas, pour les modifications profondes que présentent les ovaires au cours des salpingites aiguës à répétition.

Nous verrons, au chapitre suivant, que ce sont des contre-indications importantes de la technique qui

nous intéresse et qui ne peuvent être formellement indiquées, qu'au cours de l'intervention.

1^o GREFFE OVARIENNE.

L'ovaire, ou un fragment d'ovaire peut être greffé après hystérectomie — autogreffe —. Il paraît bien établi, par les recherches de Tuffier, Champy et Douay que la greffe a une survie maximum quand elle est faite dans la zone génitale, au niveau des grandes lèvres ou de l'épiploon, par exemple.

Après de nombreuses expériences, on a constaté que les greffes qui avaient été actives, présentaient soit des follicules en voie de développement, des follicules en voie d'atrésie et quelques corps jaunes, soit quelques petits follicules plus ou moins altérés, sans trace de corps jaune. Le corps jaune n'est donc point utile, le développement folliculaire, à lui seul, est suffisant pour assurer l'action endocrinienne de l'ovaire ou de fragment ovarien, conservé.

Les travaux d'Alexandre Lipschutz, sur des ovaires de cobaye, ont démontré que, isolés, sans milieu nutritif, et conservés pendant quelques jours à la température du laboratoire ou bien sur de la glace fondante, les ovaires n'avaient pas perdu leur vitalité. Conservés pendant seize jours, au maximum, et greffés sur des cobayes, ces ovaires donnaient des résultats analogues à ceux obtenus avec des greffes d'ovaires frais ; cependant, le temps de latence du greffon, se trouve augmenté. Ces ovaires transplantés, après avoir

été isolés pendant quelques jours d'un milieu nutritif, peuvent survivre plus de cinq mois ; à l'examen microscopique, la greffe présente des follicules en voie de développement, d'autres en voie d'atrésie, comme dans une greffe ovarienne simple.

A. Lipschutz a démontré que l'ovaire isolé, sans milieu nutritif, continue à absorber l'oxygène, même à la température de la glace fondante ; mais cette absorption est de quinze à trente fois moindre. Si les ovaires sont conservés à une température inférieure à 0°, leurs greffes ne réussissent plus.

Cliniquement, la greffe ovarienne traduit son activité, dès le deuxième ou troisième mois, par un léger gonflement et la disparition ou l'atténuation des troubles consécutifs à la castration. Parfois, les greffons s'atrophient, progressivement, sans aucun bénéfice pour les malades ; d'autres sont le siège de douleurs vives obligeant leur résection. Il est facile de suivre l'évolution de l'ovaire greffé et, en cas de douleurs, une simple incision à l'anesthésie locale suffit, pour son ablation.

Dans sa thèse sur les auto-greffes ovariennes, Marie Odoul a obtenu, comme résultats éloignés dans 27 cas d'hystérectomies pour fibrome, suivies de greffes ovariennes : 14,7 % de bons résultats, 44,4 % d'assez bons résultats, dans 22,6 % des cas, les résultats ont été médiocres et dans 18,5 %, ils ont été nuls.

2^o OVAIRE CONSERVÉ SEUL, *in situ*.

L'ovaire transplanté, même en un tissu bien vascularisé, se trouve dans des conditions d'existence moins favorables que lorsqu'il est laissé en place, en entier. Chez les animaux, il suffit de laisser en place une quantité très minime de glande pour assurer un état physiologique parfait : l'ovaire ou le fragment restant subit très rapidement une hypertrophie.

D'après les recherches statistiques de Polak, en 1911, les résultats semblent analogues, qu'il y ait ou non conservation ovarienne. 75 opérées ont été suivies après hystérectomie pour fibrome : 43 ayant été castrées, 32 ayant conservé 1 ou 2 ovaires. Parmi les 43 castrées, 39 opérées n'ont eu aucun trouble, 3 ont eu des bouffées de chaleur, 1 a eu des troubles nerveux assez sérieux ; parmi les 32 ayant bénéficié de la conservation ovarienne uni ou bilatérale, 7 ont eu des douleurs au niveau des ovaires conservés, les autres n'ont pas eu de troubles.

Mme A. Maxwell, de Chicago, estime que 80 % des femmes castrées ont des accidents et que ce chiffre est réduit à 40 % si l'on conserve un ovaire. Mais un ovaire, conservé seul, paraît voué à une disparition progressive et rapide ; il ne survivrait pas, fonctionnellement, au delà de deux ans. La conservation des deux ovaires si elle est possible, semble préférable.

L'objection essentielle, pour ne pas dire unique,

des adversaires de la conservation ovarienne, c'est la possibilité de complications portant sur les ovaires laissés en place : complications douloureuses, obligeant à une réintervention, souvent assez précoce.

Quelles sont ces complications ?

a) *Des cysthématomes menstruels post-opératoires.* — D'après Dartigues, ce sont des formations ovariennes kystiques renfermant du sang qui se constituent assez rapidement après l'opération et semblent dues à la fluxion menstruelle dans les ovaires altérés. Des cas sont cités, de cysthématomes post-opératoires survenus après conservation de fragments d'ovaires lors d'interventions pour annexites, ovarites ou après ignipuncture sur des ovaires polykystiques.

b) *Dégénérescences kystiques des ovaires conservés.* — Les productions kystiques sont assez fréquentes ; soit qu'elles surviennent sur des ovaires déjà altérés ou sur des ovaires mal vascularisés, elles sont douloureuses et nécessitent une réintervention.

c) *Les douleurs.* — La persistance des douleurs n'est pas une objection valable puisque, nous le verrons, tout ovaire douloureux doit être extirpé. Les douleurs sont dues à des dégénérescences ou bien à des adhérences survenues presque toujours après une mauvaise péritonisation.

d) *La possibilité de grossesse,* complication absolument exceptionnelle, serait d'ailleurs sérieuse ; elle

serait due à un défaut de technique, à une mauvaise péritonisation.

Donc, atrophie progressive précoce, transformation pathologique, tel est, assez souvent, le sort réservé à l'ovaire conservé seul, en place. Ces évolutions s'expliquent facilement si l'on considère l'état anatomique de l'ovaire isolé : en enlevant la trompe, on incise près de l'ovaire, la vascularisation de celui-ci s'en trouve diminuée, et on enserre dans les ligatures, des filets du sympathique ovarien.

3^o CONSERVATION *in situ* DES TROMPES ET OVAIRES.

Conservés *in situ*, non plus seuls, mais avec leurs trompes, les ovaires se trouvent placés dans des conditions anatomiques tout à fait différentes qui répondent au but de la chirurgie conservatrice : respecter au maximum les conditions anatomiques normales de l'organe, afin de lui conserver son bon fonctionnement.

Laissé en place avec la trompe, l'ovaire garde sa situation physiologique mais, surtout, conserve son innervation et son irrigation normales, ce qui est indispensable si on veut s'assurer de sa parfaite vitalité.

La bonne vascularisation de l'ovaire est une question primordiale; c'est d'elle que dépendra, en grande partie, le bon fonctionnement ovarien. Nous rappellerons, rapidement, la vascularisation des organes

génitaux pelviens de la femme ; elle expliquera l'utilité de la conservation de la trompe. Le sang artériel des organes génitaux pelviens provient, d'une part de l'artère utérine, d'autre part de l'artère utéro ovarienne née de l'aorte abdominale. La vascularisation de la trompe est assurée par une branche de l'ovarienne qui atteint son bord inférieur et, à ce niveau, se divise en deux branches dont une va s'anastomoser avec un rameau tubaire qui répond à la bifurcation terminale de l'utérine ; la plupart des artères ovariennes se détachent de la partie externe de cette arcade anastomotique ; il s'agit donc de conserver la perméabilité de ces anastomoses. L'intégrité du système artériel est importante, mais, l'est également, l'intégrité de la circulation veineuse et lymphatique ; avec cette technique, elles sont conservées au maximum, et les filets sympathiques ovariens ne sont pas sectionnés.

Dans ces conditions anatomophysiologiques satisfaisantes, les ovaires fonctionnent normalement : Ferey, de Saint-Malo, qui a pu, au cours de différentes opérations, avoir en main des annexes laissées en place, affirme la parfaite vitalité, constatée, des ovaires.

L'avantage de cette technique est important : quels que soient, en effet, les résultats obtenus, les annexes conservées ne sont jamais, ultérieurement, cause de complications. Sur les cent opérées revues, les dates des opérations s'échelonnant de dix mois à

dix ans, dans aucun cas nous n'avons eu d'incidents nécessitant une réintervention.

Dans une de nos observations (Obs. 48) l'ovaire gauche conservé présentait un kyste lutéinique qui a été enlevé ; l'opérée revue trois ans après l'intervention n'a jamais eu le moindre trouble, ni la moindre douleur au niveau de l'annexe conservée ; le toucher vaginal n'a rien révélé d'anormal. La tendance actuelle est de ne pas être trop radical et certains chirurgiens conservent sans incidents ultérieurs, des ovaires très légèrement sclérokystiques, à condition que les annexes soient saines, qu'il n'y ait pas de kyste hémattique surajouté ou de périovarite.

Les douleurs, au niveau des annexes conservées semblent très rares : sur 100 observations nous n'avons pas trouvé un seul cas où les douleurs soient très marquées ; dans deux de nos observations, les opérées se plaignaient de douleurs pelviennes, mais le palper combiné au toucher a montré, tout simplement, des annexes sensibles, mais non point réellement douloureuses.

Les douleurs peuvent être dues à des adhérences contractées au niveau d'un péritoine en mauvais état : plutôt que de laisser l'ovaire en contact avec une surface cruentée, il vaut mieux l'enlever et le greffer. Parfois, à la date des règles, les opérées ressentent des pesanteurs pelviennes, des picotements, une sensation d'endolorissement : ce ne sont que des manifestations de l'activité folliculaire ; ces sensations sont

le plus souvent accompagnées d'une légère congestion mammaire.

4^o IMPORTANCE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE.

La tendance actuelle est de conserver le plus possible, mais les techniques opératoires varient suivant la conception pathogénique des troubles de la castration.

Certains chirurgiens croient que, seule, la suppression de l'ovaire et de sa sécrétion interne, est à l'origine des troubles : pour ceux-là, il suffit de conserver un ovaire ou un fragment ovarien. D'autres admettent une interdépendance fonctionnelle utéro-ovarienne, il leur importe donc de conserver, outre l'ovaire et le col utérin, de la muqueuse utérine.

On ne sait encore quel est le mécanisme de cette synergie utéro-ovarienne, mais elle semble indéniable.

En 1922, Kross a étudié ce problème sur la rate ; dans une première série d'expériences, Kross fait l'ablation de l'utérus et la conservation d'un ovaire ; toujours, l'ovaire conservé présenta des signes évidents de dégénérescence. Dans une deuxième série d'expériences, une hémihystérectomie est pratiquée avec conservation des deux ovaires ; l'ovaire correspondant à l'hémi-utérus conservé reste normal, l'autre devient toujours le siège d'un processus dégénératif, quelle que soit sa vascularisation.

Pour Rouffart, il existe un tout endocrinien utéro-

ovarien et le dissocier par l'ablation d'un des deux organes, c'est entraîner dans l'organe conservé l'apparition de troubles dystrophiques plus ou moins marqués dont l'atrophie sera, précocement, le terme ultime. Cotte, de Lyon, trouve que le fonctionnement des ovaires, après hystérectomie, est profondément troublé du fait de la rupture de la synergie fonctionnelle utéro-ovarienne.

Outre les expériences de Kross, d'autres travaux ont été faits qui expliquent les constatations cliniques. Sur des chiennes castrées, Cirio et Murray ont fait 3 séries d'expériences : 1^o ils ont greffé un ovaire isolé ; 2^o ils ont fait une greffe endomyométriale isolée ; 3^o ils ont pratiqué une greffe simultanée ovarienne et endomyométriale ; au bout d'un même laps de temps, les greffes ovariennes ont été examinées : la dégénérescence est moins avancée dans les greffes ovariennes des animaux porteurs de greffes utérines, que dans les autres greffes.

Les expériences de Watrin, sur des lapines hystérectomisées avec conservation ovarienne aboutissent aux mêmes résultats.

Il semble que l'on puisse conclure à la nécessité de la conservation d'un fragment du corps utérin pour obtenir l'intégrité anatomophysiologique de l'ovaire laissé en place. La présence de muqueuse utérine, ne serait-ce que d'une petite partie de celle-ci, est souvent suffisante pour assurer la menstruation : c'est un bon critère du fonctionnement ovarien ; il est d'ailleurs remarquable que, chaque fois

que l'écoulement menstruel existe, aucun trouble ou seulement quelques troubles insignifiants, sont éprouvés par l'opérée. Ceci semble confirmer la théorie de certains qui assurent que la menstruation a une fonction endocrinienne ; Aschner a insisté sur l'importance de l'hémorragie menstruelle, sur ce qu'il appelle ménotoxine.

L'hystérectomie supra-isthmique, conservant la muqueuse corporeale sur un centimètre seulement, est parfois suffisante, même avec un seul ovaire, pour amener une ébauche de menstruation (voir nos observations). L'écoulement cataménial est souvent très discret, mais n'en a pas moins sa valeur ; enfin, il ne persiste pas longtemps, car il reste peu de muqueuse.

Au Congrès de chirurgie de 1924, Mayer, de Bruxelles, a rapporté que, sur 250 opérations pour fibrome utérin il a pu faire trente fois une hystérectomie transsutérine, et a obtenu d'excellents résultats.

IV

Indications de la conservation des annexes dans les hystérectomies pour fibrome.

La conservation des annexes ne doit pas être envisagée par le chirurgien qu'au cours de l'intervention, bien que ce soit cependant le temps essentiel, mais dès que celle-ci est décidée ; un interrogatoire précis, un examen général et local minutieux sont indispensables.

I. — LES INDICATIONS GÉNÉRALES.

1^o *L'âge* de la malade, tout d'abord, est important à considérer ; plus la malade est jeune, plus on doit s'efforcer d'être conservateur. Enlever des annexes saines en même temps qu'un fibrome utérin chez une femme jeune, sous prétexte d'une transformation pathologique ultérieure possible de ces annexes, n'est pas un traitement sans conséquences : dans tous les cas, cette opération radicale aura des suites ; des troubles marqués et extrêmement pénibles

d'anovarie apparaîtront ; certes, ces troubles ne nécessiteront point une réintervention, mais ils obligeront à un traitement médical prolongé et assez peu efficace. Nous avons vu, d'ailleurs, que ces complications possibles au niveau des ovaires laissés en place, étaient exceptionnelles si ceux-ci étaient sains.

Les troubles de la castration sont très marqués chez la femme jeune de 28 à 40 ans, c'est donc surtout à cet âge que la conservation des annexes s'impose ; cependant, si les annexes sont saines, quel que soit l'âge de la malade, il est préférable de les laisser *in situ*, car on ne sait pas si, même après la ménopause, l'ovaire ne continue pas à jouer un rôle important dans l'organisme.

2° *La tension artérielle.* — Les hypertendues ont intérêt à garder leurs annexes car l'opération conservatrice ne modifie pas leur tension ; au contraire, la castration entraîne une hypertension, rebelle au traitement, portant surtout sur la minima. Ce qui explique que la conservation soit également indiquée chez les cardiaques.

3° *L'obésité.* — Les obèses, au métabolisme des graisses déjà troublé, sont aggravées par la castration qui accroît l'embonpoint.

4° *Etat thyroïdien.* — Après castration, la glande thyroïde manifeste une suractivité souvent évidente ; d'autre part, il y a en général une hypersympathicotomie, c'est dire combien la conservation ovarienne

s'impose chez les femmes ayant une maladie de Basedow. En présence d'un goître, quel qu'il soit, on s'efforcera de maintenir le fonctionnement ovarien.

II. — LES CONTRE-INDICATIONS.

Certaines contre-indications sont évidentes ; en effet, la question de la conservation n'est même pas soulevée chez une femme ayant une salpingite gonococcique ou tuberculeuse bilatérale ; elle ne se pose pas davantage si, après des salpingites à répétition, les lésions semblent refroidies temporairement.

Il est fréquent que chez la femme jeune, la lésion annexielle soit unilatérale, surtout s'il s'agit d'infection du *post-partum* ou de *post-abortionum* ; dans ces cas, l'ablation sera unilatérale, les annexes opposées, présumées saines, seront conservées si leur état anatomique le permet.

Les signes d'insuffisance ovarienne, s'ils sont très nombreux, rendent la conservation inutile puisque les ovaires ont un fonctionnement presque nul.

III. — LES INDICATIONS LOCALES.

Si l'examen général donne de précieuses indications en faveur de la conservation ou contre elle, le temps essentiel est l'examen des annexes au cours de l'opération ; c'est lui qui, en dernier ressort, décidera de la conduite à tenir.

D'après de nombreuses statistiques, l'intégrité des

ovaires et trompes est fréquente chez les femmes atteintes de fibrome utérin. La conservation des annexes est possible, si celles-ci sont saines, dans tous les cas de fibrome. La myomectomie est préférable à l'hystérectomie, puisque les règles sont conservées et les grossesses encore possibles ; si cette opération est intéressante au point de vue fonctionnel, il faut cependant savoir qu'elle est délicate, qu'elle comporte des risques d'hémorragie et d'infection qui ne sont point négligeables et que les récives sont assez fréquentes, de petits noyaux inclus dans l'utérus pouvant passer inaperçus.

Pour être conservés, l'ovaire et la trompe doivent avoir leur situation normale, leur vascularisation indemne, leurs rapports anatomiques normaux, surtout leurs rapports anatomiques mutuels ; la consistance de l'ovaire doit être ferme, non point dure.

Quand l'examen clinique décèle une contre-indication à la conservation annexielle, en général l'examen des ovaires au cours de l'intervention révèle des lésions anatomiques importantes ; dans d'autres cas, de grosses lésions anatomiques peuvent se passer de tout signe clinique d'insuffisance ovarienne, ici encore l'ablation s'impose. Mais, dans certains cas, à l'intervention, on ne trouve que des lésions ovariennes minimales, c'est alors que l'existence ou l'absence de signes cliniques d'insuffisance ovarienne dictera l'ablation ou la conservation des annexes ; d'où l'intérêt d'un examen clinique minutieux.

IV. — QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS LOCALES DE LA CONSERVATION ANNEXIELLE ?

Les ovaires en situation anormale seront enlevés, car, le plus souvent, ils sont lésés ; ceux prolabés dans le Douglas, notamment.

L'exérèse est systématique, quand les ovaires sont scléro-kystiques, de même quand ils présentent des kystes hématiques. La périovarite, fréquemment associée à des lésions tubaires, qui soude l'ovaire d'une façon plus ou moins serrée au paramètre ou au péritoine pelvien, toute trompe épaissie commande la résection des annexes.

Les ovaires atrophies, blanchâtres, scléreux sont enlevés. L'état du péritoine pelvien importe beaucoup ; il faut que le petit bassin, une fois la péritonisation effectuée, ne présente aucune surface cruentée au niveau de laquelle l'ovaire laissé en place pourrait venir contracter des adhérences qui, ultérieurement, seraient cause de douleurs. Si le péritoine pelvien est très altéré, il est préférable de réséquer l'ovaire.

Note sur la technique chirurgicale suivie.

Nous n'envisagerons que la technique que M. le Dr Bergeret a pratiqué dans les 100 observations que nous apportons.

M. le Dr Cachin, ancien interne du Dr Bergeret, a bien voulu nous résumer la technique suivie au cours de ces opérations.

La technique suivie pour l'hystérectomie avec conservation des annexes par M. le Dr Bergeret, depuis 1927, est la suivante :

Sous-anesthésie générale au protoxyde d'azote, l'incision médiane sous-ombilicale est faite aussi longue qu'il est nécessaire.

L'utérus est saisi et les annexes exposées. Lorsqu'elles sont reconnues suffisamment saines pour mériter la conservation, l'hystérectomie est pratiquée de la façon suivante :

PREMIER TEMPS : Ligature des pédicules vasculaires des annexes à 2 centimètres de l'utérus et section à ce niveau des trompes et de ces pédicules.

Une aiguille de Reverdin mousse passée d'arrière en avant perfore le ligament large immédiatement au-dessous du ligament utéro-ovarien et vient ressortir

en arrière du ligament rond à environ 2 centimètres de l'utérus. Elle ramène un catgut numéro 1 que l'on ne noue pas.

Une aiguille de Reverdin droite pénètre alors, d'arrière en avant au même niveau, dans la paroi inférieure de la trompe, en prenant bien soin d'éviter le canal tubaire qui doit rester perméable. Cette aiguille ramène en arrière le chef antérieur du catgut précédemment passé qui est alors noué. Il enserre donc le ligament utéro-ovarien, le méso-salpinx et ses vaisseaux, et applique le tout contre la paroi tubaire inférieure sur laquelle il prend point d'appui sans intéresser la trompe proprement dite.

En passant ainsi au ras de la trompe, et même en prenant point d'appui sur elle, on est certain de lier la petite arcade vasculaire qui court le long du bord inférieur de la trompe et qui, lorsque l'on ne passe pas au contact immédiat de la trompe nécessite une ligature isolée.

Les deux chefs de cette ligature sont conservés longs et placés sous une pince. Une pince de reflux est posée verticalement contre l'utérus et la section est faite entre la pince et la ligature.

DEUXIÈME TEMPS : *Hystérectomie*. — Elle est conduite comme de coutume ; de la muqueuse corporelle est conservée.

TROISIÈME TEMPS : *Incarcération des moignons annexiels dans le col*. — Le col légèrement évidé est fermé de la façon suivante :

Les chefs du catgut qui lient l'aileron annexiel droit sont passés, l'antérieur au travers de la lèvre antérieure du col près de la commissure droite, le postérieur au travers de la lèvre postérieure et sont noués.

On fait la même chose à gauche.

Les extrémités internes des trompes sont ainsi implantées dans la cavité cervicale.

On termine la fermeture du col, s'il est nécessaire, par un catgut médian.

QUATRIÈME TEMPS : *Péritonisation*. — Elle se fait avec la plus grande facilité. Un surjet de catgut très court unit les péritoines antérieur et postérieur par-dessus le col et l'implantation des annexes.

L'aspect final du petit bassin est celui d'une reconstitution parfaite du péritoine.

Variantes.

Tel est le procédé couramment employé par le D^r Bergeret. Des modifications, cependant, peuvent être faites dans certains cas.

Il prend de plus en plus souvent dans le même fil ligaments ronds et pédicules annexiels et ce sont ces fils qui fermeront la partie externe du col en rabattant les extrémités tubaires dans la cavité cervicale.

Si un côté seul mérite d'être conservé, on pratique l'implantation d'un côté et la castration de l'autre.

Dans les hystérectomies totales, le procédé est aussi

facilement applicable mais en laissant l'extrémité tubaire à une certaine distance de la tranche vaginale qui comme à l'habitude n'est pas fermée dans sa partie moyenne afin d'assurer le drainage. Il est particulièrement important dans ces cas de bien suspendre les angles du vagin aux ligaments ronds et aux ligaments utéro-sacrés qui sont pris dans la même anse de catgut on évite ainsi dans la mesure du possible la production d'un prolapsus.

DEUXIÈME PARTIE

100 observations d'hystérectomies pour fibrome utérin avec conservation annexielle. Leur étude.

Toutes les observations apportées sont des observations d'hystérectomies pour fibrome utérin avec conservation des trompes et annexes.

Nous rapportons 100 observations : toutes ces opérations ont été faites par notre Maître, le Dr Bergeret, suivant la technique indiquée.

Quelques-unes seulement de nos opérées ont répondu à un interrogatoire, presque toutes ont été revues par le Dr Bergeret ou par nous-même, en février, mai ou juin 1937. A chaque observation, nous avons noté la date de l'intervention et la date à laquelle l'opérée a été revue. Sauf cinq opérées, revues assez précocement, toutes ces observations concernent des femmes opérées depuis au moins un an, comme le montre la classification suivante :

Dans les observations 76 et 97, opérations en février 1937, malades revues en juin 1937, soit un recul de quatre mois seulement.

Dans les observations 14 et 30, opérations en octobre et novembre 1936, les femmes ont été revues six mois plus tard.

Nous rapportons :

20 OBSERVATIONS d'opérées revues *un an après l'intervention* (Obs. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 20, 23, 24, 27, 32, 35, 40, 50, 51, 55, 84 et 86). Les opérations ayant eu lieu de janvier à juin 1936.

9 OBSERVATIONS d'opérées revues *un an et demi après l'intervention* (Obs. 13, 22, 47, 62, 64, 82, 87, 92 et 96). Les opérations ayant eu lieu de juillet à décembre 1935.

10 OBSERVATIONS d'opérées revues *deux ans après l'intervention* (Obs. 8, 18, 19, 25, 29, 34, 74, 85, 91 et 99). Les opérations ayant eu lieu de janvier à juin 1935.

12 OBSERVATIONS d'opérées revues *deux ans et demi après l'intervention* (Obs. 11, 17, 21, 28, 37, 48, 65, 72, 78, 80, 83 et 98). Les opérations ayant eu lieu de juillet à décembre 1934.

9 OBSERVATIONS d'opérées revues *trois ans après l'intervention* (Obs. 9, 16, 53, 60, 63, 69, 73, 90 et 94). Les opérations ayant eu lieu de janvier à juin 1934.

6 OBSERVATIONS d'opérées revues *trois ans et demi après l'intervention* (Obs. 36, 46, 76, 77, 79 et 81). Les opérations ayant eu lieu de juillet à décembre 1933.

4 OBSERVATIONS d'opérées revues *quatre ans après l'in-*

tervention (Obs. 1, 31, 59 et 95). Les opérations ayant eu lieu de janvier à juin 1933.

4 OBSERVATIONS d'opérées revues *quatre ans et demi après l'intervention* (Obs. 12, 70, 71 et 93). Les opérations ayant eu lieu de juillet à décembre 1932.

6 OBSERVATIONS d'opérées revues *cinq ans après l'intervention* (Obs. 44, 56, 61, 66, 68 et 89). Les opérations ayant eu lieu de janvier à juin 1932.

1 OBSERVATION d'opérée revue *cinq ans et demi après l'intervention* (Obs. 15). Opération en novembre 1931.

3 OBSERVATIONS d'opérées revues *six ans après l'intervention* (Obs. 33, 39 et 100). L'opération ayant eu lieu de janvier à juin 1931.

2 OBSERVATIONS d'opérées revues *sept ans après l'intervention* (Obs. 32 et 58). Opération en avril et septembre 1930.

4 OBSERVATIONS d'opérées revues *sept ans et demi après l'intervention* (Obs. 38, 42, 43 et 45). Opération ayant eu lieu de juillet à décembre 1929.

1 OBSERVATION d'opérée revue *huit ans après l'intervention* (Obs. 75). Opération en mai 1929.

1 OBSERVATION d'opérée revue *neuf ans après l'intervention* (Obs. 57). Opération en mai 1928.

1 OBSERVATION d'opérée revue *dix ans après l'intervention* (Obs. 41). Opération en mai 1927.

Notre but a été d'étudier la valeur de la conservation des trompes et ovaires dans les hystérectomies pour fibrome.

1^o VITALITÉ DE L'OVAIRE CONSERVÉ.

L'ovaire ainsi conservé garde-t-il sa vitalité, son fonctionnement est-il satisfaisant ?

Nous avons recherché, chez ces opérées, les symptômes suivants d'insuffisance ovarienne :

- les bouffées de chaleur, vertiges et bourdonnements d'oreille ;
- l'embonpoint ;
- l'asthénie ;
- les troubles psychiques et nerveux ;
- les troubles trophiques des organes génitaux.

Nous n'avons pu étudier les modifications de la tension artérielle chez nos opérées, ignorant l'état de la tension, avant l'intervention, pour la plupart. Nous avons noté avec précision les *traitements* ovariens ou hypotenseurs, les sédatifs nerveux qu'elles avaient pu prendre.

Nous avons recherché combien de ces femmes avaient des *écoulements de sang*, dans les observations d'hystérectomie subtotal. Peu de muqueuse utérine est conservée, mais ce fragment restant est parfois suffisant pour permettre, non point une véritable menstruation, mais de petits écoulements sanguins : ces petites règles durent peu, cependant, la valeur de ces petites menstruations est grande ; elles traduisent le fonctionnement de l'appareil folliculaire ; par ailleurs, il est remarquable que les opérées qui

présentent ces menstruations minimales n'ont point de troubles.

2^o LES ANNEXES CONSERVÉES *in situ*,
SONT-ELLES CAUSE D'ENNUIS OU DE COMPLICATIONS ?

Quelle que soit la valeur des résultats obtenus, ce qu'il importe de connaître c'est la possibilité de complications quelconques, au niveau des annexes conservées.

Nous avons recherché, chez toutes nos opérées s'il existait, au niveau des annexes conservées, des douleurs ; non seulement des douleurs spontanées, dont les femmes ne manqueraient de se plaindre, mais aussi des douleurs provoquées par la palpation combinée au toucher vaginal. Nous avons recherché si des douleurs, des dégénérescences ou malformations, ou des adhérences des trompes ou ovaires avaient nécessité une réintervention ou un traitement palliatif.

3^o BONS RÉSULTATS.

Nous avons groupé, sous cette appellation, les observations des opérées qui n'ont eu aucun trouble depuis leur opération.

Nous avons été sévère dans le choix de ces observations, afin que seules, les femmes ayant un bon état général et local, ayant une vie active sans la moindre gêne, y figurent.

Cette classification est rigoureuse ; cependant, les opérées ayant eu un embonpoint de 2 à 3 kilos au

maximum, embonpoint qui n'est qu'apparent, la malade reprenant son poids initial ; les femmes qui se plaignent parfois de fatigue légère (qui n'est, parfois, un peu fatigué ?) ont été rangées dans ce groupe, sans scrupules, l'absence complète de symptômes pathologiques prouvant assez l'excellence de leur santé.

Il nous a semblé sans intérêt de réunir les cas d'opérées donnant des résultats assez bons seulement, ou médiocres.

4^o CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS.

Nous avons divisé nos observations en deux grands groupes :

- I. — Observations d'hystérectomies abdominales subtotaux ;
- II. — Observations d'hystérectomies abdominales totales.

Dans chacun de ces groupes, nous avons, pour faciliter la lecture des résultats, divisé nos observations suivant le degré de la conservation qui peut être unilatérale ou bilatérale.

Les observations sont classées suivant les années d'âge des opérées, dans un ordre croissant ;

- I. — Observations d'hystérectomies abdominales subtotaux :

- 1^o avec conservation annexielle bilatérale chez des femmes jeunes de moins de 41 ans ;

- 2^o avec conservation annexielle bilatérale chez des femmes de plus de 40 ans ;
- 3^o avec conservation annexielle unilatérale chez des femmes de moins de 41 ans ;
- 4^o avec conservation annexielle unilatérale chez des femmes de plus de 40 ans.

II. — Observations d'hystérectomies abdominales totales :

- 1^o avec conservation annexielle bilatérale ;
 - 2^o avec conservation annexielle unilatérale.
-

Observations d'hystérectomies abdominales subtotaies pour fibrome utérin.

1^o Avec conservation bilatérale des annexes chez des femmes jeunes.

Observation 1. — Mlle M... Louise, 24 ans.

Opérée en mars 1933, revue en mai 1937.

Mlle M... n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni de vertiges ou bourdonnements ; elle a grossi de 2 kgr. Sans asthénie, ne présente pas de troubles psychiques ou nerveux ni de douleurs, n'a pris aucune médication.

Examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher vaginal. Les rapports sexuels sont semblables.

Observation 2. — Mme L... Marcelle, 29 ans.

Opérée en mars 1936 à l'hôpital Necker, revue en février 1937.

Cette opérée va très bien, elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur, mais a eu quelques bourdonnements d'oreilles qui ont disparu. Elle n'a pas d'asthénie, ni de nervosité, son poids est le même.

Tension artérielle semblable à 12-8.

A pris du Crinex, en gouttes, les bourdonnements d'oreilles ont augmenté, ils ont disparu avec la cessation du traitement.

Examen : rien d'anormal à signaler pas d'atrophie, n'a jamais eu de douleurs.

Pas de modification des rapports sexuels.

Observation 3. — Mme L... Hélène, 33 ans.

Opérée en mai 1936, revue en mai 1937.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur, discrètes, mais a eu beaucoup de vertiges ; parfois, fatigue légère. N'a jamais eu de douleurs, a perdu 2 kgr. A eu une fois, un écoulement sanguin de sang rouge. N'a suivi aucun traitement.

Examen : bon état local, pas d'atrésie.

Observation 4. — Mme F... Anne, 37 ans.

Opérée en mai 1936, d'un volumineux fibrome de la face postérieure de l'utérus, revue en mai 1937.

Elle n'a présenté aucun trouble : ni bouffées de chaleur, ni embonpoint ; n'a pas eu d'asthénie, ni de douleurs.

Aucune médication n'a été prise.

Examen : pas d'atrophie vaginale ; métrite banale du col utérin.

Observation 5. — Mme D... Alfredine, 37 ans.

Opérée en mars 1936, d'un fibrome gros comme une mandarine, intra-cavitaire, implanté par une large base sur la face postérieure du corps utérin a été revue en mai 1937.

L'opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur, mais a augmenté de poids de quelques kilogrammes, mais elle avoue un gros appétit ; se fatiguerait assez vite. Elle a pris irrégulièrement de l'extrait ovarien.

A l'examen : rien de particulier ; les rapports sexuels sont améliorés.

Observation 6. — Mme D... Marthe, 38 ans.

Opérée en juin 1936, revue en avril 1937.

Cette opérée n'a eu aucun trouble vaso-moteur, son poids est le même, elle n'a pas eu d'asthénie ni de douleurs, n'a pris aucune médication.

Elle a eu des *écoulements sanguins* les 2, 3, 4, décembre 1936, les 27, 28 janvier 1937, les 19, 20, 21 février et les 17, 18, 19 mars.

Examen : les muqueuses vaginales sont normales, le toucher ne révèle rien de particulier.

Observation 7. — Mme B... Eliane, 38 ans.

Opérée en février 1936, pour fibromes utérins dont un volumineux, à pédicule tordu, était implanté sur la partie postérieure et gauche de l'isthme, revue mai 1937. Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, a pris 2 kgr. ; ne présentant pas la moindre asthénie, cette opérée se trouve très résistante.

En janvier 1937 a eu un *écoulement sanguin* qui dura une journée.

Examen : rien de particulier, pas d'atrésie.

Observation 8. — Mme J... Marcelle, 39 ans.

Opérée en mai 1935, interrogatoire en mai 1937.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur. Son poids a augmenté de 5 kgr. ; mais elle n'a jamais eu d'asthénie, ni de troubles psychiques ou nerveux. Sans jamais de douleurs, n'a pris aucune médication.

Observation 9. — Mme C... Aline, 39 ans.

Opérée en juin 1934, revue en mai 1937.

Mme C... va très bien : n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni d'asthénie ni d'embonpoint ; jamais non plus, de douleurs.

A pris du Gynœstyl en gouttes.

Examen : rien de particulier.

Observation 10. — Mme B... Georgette, 39 ans.

Opérée en juin 1936, revue en juin 1937.

Mme B... va tout à fait bien : sans bouffées de chaleur ni bourdonnements, ni embonpoint, ni asthénie. Elle n'a pris aucune médication.

Les rapports sexuels sont semblables.

Examen : rien de spécial à signaler.

Observation 11. — Mlle G... Berthe, 39 ans.

Opérée en octobre 1934, d'un volumineux fibrome à Beaujon, revue en février 1937.

Cette opérée n'a eu aucun trouble : ni bouffées de chaleur, ni embonpoint, aucune asthénie, ni troubles nerveux.

Tension artérielle : 15 1/2-10.

N'a jamais eu de douleurs.

Elle a eu des *écoulements sanguins*, pendant une journée, en décembre 1936, en janvier 1937.

A l'examen : parfait état local.

Observation 12. — Mme L... Alice, 39 ans.

Opérée en novembre 1932, revue en mai 1937.

Elle a eu quelques bouffées de chaleur au début, mais aucune asthénie. Son poids est semblable.

Cette opérée a eu des *écoulements sanguins*, véritables petites règles de sang rouge, durant un à deux jours.

En 1933, a perdu deux mois de suite, puis tous les deux mois.

En 1934, a eu huit fois, ces petites menstruations.

En 1935, également, perd huit fois.

Depuis un an environ, elle perd moins souvent, moins abondamment.

Relations sexuelles non modifiées.

Examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher.

Observation 13. — Mme B... Jeanne, 40 ans.

Opérée en décembre 1935, revue en mai 1937.

Elle a eu des bouffées de chaleur et a augmenté de poids : 4 kgr. environ ; mais n'a pas eu d'asthénie, ni de douleurs.

A pris de la poudre d'ovaire.

Examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher.

Observation 14. — Mlle Z... Hélène, 40 ans.

Opérée en novembre 1936, revue en juin 1937.

Mlle Z... a eu quelques bouffées de chaleur, sans autres

troubles ; elle se trouve plus vaillante qu'avant l'opération
A pris des extraits ovariens.

Examen : rien d'anormal.

Observation 15. — Mme R... Jeanne, 40 ans.

Opérée en novembre 1931, revue en avril 1937.

L'opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur ni d'embonpoint ; absence de douleurs, mais elle aurait des crises de fatigue.

N'a suivi aucun traitement.

Les rapports sexuels n'ont pas été modifiés.

Examen : rien de particulier.

Observation 16. — Mme V... Marie, 40 ans.

Opérée en avril 1934, revue en mai 1937.

Elle a eu des bouffées de chaleur avec vertiges ; elle aurait grossi de 2 à 3 kgr., parfois présente de la fatigue.

A pris régulièrement 3 gr. d'extraits ovariens environ par mois.

A l'examen : rien de particulier à signaler.

Observation 17. — Mme R... Lucienne, 40 ans.

Opérée en novembre 1934, à Beaujon, revue en février 1937.

Cette opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, elle a grossi de 3 à 4 kgr., mais n'a pas eu d'asthénie.

Tension artérielle : 15 1/2-12.

Elle a eu des *écoulements sanguins*, avec congestion mammaire légère, environ tous les trois mois, pendant une à deux journées.

Les deux premiers mois après l'opération a pris deux fois X gouttes par jour de Crinex, pendant dix jours.

Examen : rien d'anormal à signaler.

Etude de ces observations.

Nous avons résumé dix-sept observations de femmes jeunes, de 24 à 40 ans, opérées pour fibrome utérin : hystérectomie abdominale subtotale, avec conservation bilatérale des trompes et ovaires.

1^o Ecoulements sanguins.

Six de nos opérées ont eu des écoulements sanguins. Dans trois observations, il s'agit d'écoulements sanguins à répétition ; dans l'observation 6, l'opérée a perdu quatre mois de suite, pendant environ un à deux jours ; dans l'observation 12, pendant quatre années de suite, petite menstruation tous les deux mois ; dans l'observation 17, tous les trois mois petites règles durant un à deux jours.

Dans les observations 3, 7 et 11, il s'agit d'un ou de deux écoulements sanguins, chez des femmes qui ne présentent pas de troubles.

Six cas sur dix-sept opérées jeunes.

Soit : 35,2 %.

2^o Bouffées de chaleur.

Dans 5 cas, nous trouvons des bouffées de chaleur : elles sont d'ailleurs peu nombreuses. Obs. 3, 8, 13, 14 et 16.

Dans l'observation 3, l'opérée a peu de bouffées de chaleur, mais elle a beaucoup de vertiges.

Dans l'observation 12, au début — dès l'intervention —, l'opérée a eu quelques bouffées de chaleur qui ont disparu avec l'apparition des écoulements sanguins.

Soit : 29,4 % de nos opérées qui ont eu des bouffées de chaleur.

3^o EMBONPOINT.

Nous constatons 4 cas d'embonpoint : observation 5 et observation 8, embonpoint de 5 kgr. ; dans l'observation 13, le poids a augmenté de 4 kgr. et dans l'observation 17, de 3 à 4 kgr.

Soit : 23,5 % d'embonpoint.

4^o BONS RÉSULTATS.

Dans 9 cas : observations 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 15, nos opérées vont bien, n'ont aucun trouble. Notons cependant, dans l'observation 15, des crises légères de fatigue, dit l'opérée.

Soit : 52,8 % de bons résultats.

5^o AUTRES TROUBLES.

Dans aucune de nos observations nous n'avons trouvé des douleurs, des troubles trophiques, des troubles nerveux ou psychiques, d'asthénie.

**2° Avec conservation bilatérale des annexes
chez des femmes de plus de 40 ans.**

Observation 18. — Mme L... Marthe, 41 ans.

Opérée en juin 1935, revue en juin 1937.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur, mais peu ; son poids ne s'est pas modifié ; elle a eu de l'asthénie par crises, d'abord fréquentes, puis devenues très rares.

Examen : rien de particulier, bon état local.

Observation 19. — Mlle B... Marguerite, 43 ans.

Opérée en février 1935 à Necker, de fibromes pédiculés du fond de l'utérus, revue en février 1937.

Cette opérée va bien : elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni de bourdonnements, ni de vertiges, n'a pas augmenté de poids ; fatigabilité légère.

Cette opérée a des *écoulements sanguins* régulièrement tous les mois ; d'abondance moindre qu'avant l'intervention.

Tension artérielle à 14 1/2-9.

A pris de la Fluxine.

Examen : bon état local, pas d'atrophie génitale.

Observation 20. — Mme S... Marie-Louise, 43 ans.

Opérée en janvier 1936, revue en mai 1937.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni de bourdonnements, mais a eu fréquemment des vertiges.

Pas d'asthénie, ni de douleurs.

A pris des extraits ovariens.

A l'examen : rien de particulier.

Observation 21. — Mme R... Germaine, 44 ans.

Opérée en décembre 1934, revue en mai 1937.

Mme R... n'a jamais eu de bouffées de chaleur ni d'embonpoint, mais se fatiguerait assez facilement, n'a jamais eu de douleurs.

Des écoulements sanguins ont eu lieu ; la première fois assez abondants en décembre 1936 ; moins abondants en février 1937.

Examen : rien de particulier à signaler.

Observation 22. — Mme C... Jeanne, 47 ans.

Opérée en octobre 1935, revue en mai 1937.

L'opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur ni d'asthénie ; elle a grossi de 2 à 3 kgr. pas plus.

Aucun traitement n'a été pris.

A l'examen : rien de spécial, parfait état local.

Observation 23. — Mme V... Lina, 48 ans.

Opérée en février 1936, revue en mai 1937.

Mme V... n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni embonpoint, ni asthénie.

Elle prend régulièrement des extraits ovariens.

Début avril 1937, elle a présenté un *écoulement sanguin* léger, mais qui dura trois jours ; l'opérée avait exactement les mêmes sensations que lorsqu'elle avait ses règles.

A l'examen : rien à signaler. Bon état.

Observation 24. — Mme D... Georgette, 49 ans.

Opérée en janvier 1936, revue en mai 1937.

Cette opérée a eu quelques bouffées de chaleur accompagnées d'abondantes transpirations.

Embonpoint de 6 kgr. Cependant, malgré ces quelques troubles, tous les mois l'opérée, pendant quelques heures, a des *écoulements sanguins*, peu abondants.

Pas de médication.

Examen : pas d'atrophie du tractus génital, rien de particulier au toucher.

Observation 25. — Mme G... Germaine, 49 ans.

Opérée en février 1935, interrogatoire en mai 1937.

Cette opérée va très bien, n'a présenté aucun trouble, ni bouffées de chaleur, ni asthénie, ni embonpoint, n'a pris aucun traitement.

Observation 26. — Mme C... Marie, 49 ans.

Opérée en novembre 1936, revue en juin 1937.

Elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni asthénie ; pas d'embonpoint, va très bien.

Examen : rien de particulier à signaler.

Observation 27. — Melle J... Henriette, 50 ans.

Opérée en avril 1936, à Necker, revue en février 1937.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur, sans vertiges ; sans asthénie, ni embonpoint.

Elle a pris de l'hamamélis : tension artérielle a 17 1/2-9 alors qu'elle était à 13 1/2-7 lors de l'intervention.

Examen : bon état local.

Observation 28. — Mme V... Renée, 50 ans.

Opérée en novembre 1934, interrogatoire mai 1937.

Cette opérée va bien, n'a pas eu de bouffées, ni d'asthénie, mais a pris 3 kgr., n'a suivi aucun traitement.

Observation 29. — Mme P... Théodora, 50 ans.

Opérée en mai 1935, d'un volumineux fibrome utérin, revue en mai 1937.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur et de l'asthénie par crises : pas d'embonpoint.

Tension artérielle : 19 de maxima, n'a suivi aucun traitement.

A l'examen : pas de troubles trophiques, métrite du col.

Observation 30 : Mme H... Germaine, 51 ans.

Opérée en octobre 1936, revue en mai 1937.

Mlle H... a eu des bouffées de chaleur, a le même poids, n'a pas d'asthénie. Aurait eu un *écoulement sanguin* d'une demi-journée.

Examen : rien de particulier.

Observation 31. — Mlle C..., 52 ans.

Opérée en mai 1933, revue mai 1937.

Cette opérée a eu beaucoup de bouffées de chaleur et en a encore ; elle a pris 5 kgr. de poids, mais ne présente pas d'asthénie ni de douleurs, n'a suivi aucun traitement.

L'examen : ne révèle rien d'anormal.

Observation 32. — Mme C... Maria, 52 ans.

Opérée en février 1936, revue en mai 1937.

Cette opérée a eu quelques bouffées de chaleur, sans vertiges ni bourdonnements. Ne présente pas d'asthénie, a pris un peu de poids : 2 à 3 kgr.

Elle n'a suivi aucun traitement.

Examen : absolument rien d'anormal.

Etude de ces observations.

Nous rapportons 15 observations de femmes de plus de 40 ans, opérées pour fibrome utérin : hystérectomie subtotale, avec conservation bilatérale des trompes et ovaires.

1^o ECOULEMENTS SANGUINS.

Chez 5 de nos opérées de 40 à 50 ans, nous avons trouvé des écoulements sanguins.

Dans l'observation 19, écoulements sanguins menstruels très réguliers; dans l'observation 21, femme de 44 ans qui a présenté en décembre 1936 un écoulement sanguin assez abondant, et deux mois plus tard, un nouvel écoulement de sang, moins abondant; dans l'observation 23, l'opérée de 48 ans a eu une petite menstruation pendant trois jours, une fois seulement, mais avec des sensations analogues à celles qui accompagnaient les règles; dans l'observation 24, l'opérée âgée de 49 ans a de petites règles, tous les mois, pendant quelques heures; cependant, cette opérée a pris 6 kgr. et elle a des bouffées de chaleur, d'ailleurs peu nombreuses. Enfin dans l'observation 30, il s'agit d'une femme de 50 ans qui a quelques bouffées de chaleur et qui aurait eu un écoulement de sang rouge pendant une demi-journée.

Etant donné l'âge des opérées des observations 23 et 30 et la discrétion de cet écoulement sanguin, nous

ne compterons pas ces deux observations pour établir le pourcentage.

Soit : 3 cas 20 % d'écoulements sanguins.

2° BOUFFÉES DE CHALEUR.

Sept de nos opérées ont eu des bouffées de chaleur.

Dans l'observation 18, quelques bouffées de chaleur seulement ; dans l'observation 20, pas de bouffées de chaleur, mais vertiges fréquents, que nous considérerons comme manifestation analogue ; dans l'observation 24, l'opérée a quelques bouffées de chaleur suivies de transpirations abondantes : observations 29 et 30 ; l'opérée de l'observation 31 a eu beaucoup de bouffées de chaleur, et en a encore, son opération remonte à un an ; observation 32.

Donc, 7 cas soit : 46,6 % de nos opérées qui présentent des bouffées de chaleur.

3° EMBONPOINT.

Nous avons noté 3 cas d'embonpoint.

Dans l'observation 24, l'opérée a pris 6 kgr. ; dans l'observation 28, 4 kgr. et le poids de l'opérée de l'observation 31 s'est accru de 5 kgr.

Soit : 20 % d'embonpoint.

4° BONS RÉSULTATS.

Nous avons pu relever 6 cas de bons résultats.

Ce sont les observations 19, 21, 22, 25, 26, 28,

L'opérée de l'observation 19 déclare se fatiguer assez facilement ; l'opérée de l'observation 28 a grossi de 3 kgr., ce sont les seuls troubles que ces opérées ont eu.

Donc 6 cas, soit : 40 % de bons résultats.

5° AUTRES TROUBLES.

Dans l'observation 27, nous notons que la tension artérielle qui était, avant l'opération, de 13 1/2-7, en un an est devenue : 17 1/2-9 : l'opérée à 50 ans.

Dans l'observation 29, l'opérée qui a également 50 ans, a une maxima de 19, mais la tension artérielle antérieure à l'intervention nous est inconnue.

Dans aucune de nos observations, nous n'avons noté des douleurs, des troubles trophiques, des troubles psychiques et nerveux, d'asthénie.

3° Avec conservation unilatérale des annexes chez des femmes jeunes.

Observation 33. — Mme B... Odette, 21 ans.

Opérée en janvier 1931 d'un fibrome utérin et annexite kystique droite ; les annexes gauches sont conservées ; revue en juin 1937.

Cette opérée va très bien : n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni d'asthénie ; elle a grossi de 3 kgr. environ. Pendant deux ans après l'intervention, l'opérée avait des *écoulements sanguins*, pendant une journée tous les trois ou quatre mois ; maintenant, plus rien. A pris, pendant trois

ans, de l'extrait ovarien total 6 gr. *per os* chaque mois.

A l'examen : pas de troubles trophiques, le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal ; pas de changement dans les rapports sexuels.

Observation 34. — Mme V... Yvonne, 28 ans.

Opérée en février 1935, les annexes droites sont conservées, revue en *mai 1937*.

Cette opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur, mais a eu un embonpoint de 13 kgr. ; par crises, aurait de l'asthénie ; n'a suivi aucun traitement.

A l'examen : rien de particulier.

Pas de modifications des relations sexuelles.

Observation 35. — Mlle B... Andrée, 31 ans.

Opérée en mai 1936, pour un volumineux fibrome à Necker, avec conservation annexielle droite, revue en *février 1937*.

Mlle B... n'a pas eu de bouffées de chaleur, mais des sueurs abondantes ; elle a un peu d'asthénie, de l'irritabilité d'humeur, de la nervosité. Toutes les trois semaines, environ, au niveau des seins et dans la région pelvienne droite, sensations congestives rappelant les sensations éprouvées lors des règles.

N'a suivi aucun traitement.

Les relations sexuelles sont améliorées.

Examen local : satisfaisant, rien de particulier.

Observation 36. — Mme C... Marie, 32 ans.

Opérée en juillet 1933, d'un fibrome rétroversé, les annexes droites sont conservées, revue en *juin 1937*.

Cette opérée a eu, assez souvent, des bouffées de chaleur, mais ni embonpoint, ni asthénie.

N'a suivi aucun traitement.

A l'examen : rien d'anormal.

Observation 37. — Mme M... Henriette, 33 ans.

Opérée en novembre 1934, annexite kystique gauche, les annexes droites sont conservées, revue *février 1937*.

Elle a quelques bouffées de chaleur, a présenté un léger amaigrissement, sans la moindre asthénie, a une vie active, n'aurait jamais été aussi bien.

Elle prend 8 gr. par mois d'extraits ovariens.

Examen : rien de particulier, pas de troubles trophiques.

Observation 38. — Mme B... Cécile 34 ans.

Opérée en novembre 1929, annexes gauches conservées, revue *mai 1937*.

Cette opérée va très bien, n'a eu aucun trouble, à un peu maigri, ne présente pas d'asthénie.

Elle n'a pris aucun traitement.

Examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher.

Observation 39. — Mme M... Solange, 34 ans.

Opérée en mai 1931, conservation annexielle gauche, interrogatoire *mai 1937*.

Pendant trois ans a eu quelques bouffées de chaleur, un peu d'asthénie, elle a pris du poids 6 kgr.

Maintenant elle va très bien, n'a aucun trouble. A pris *per os* des extraits ovariens.

Observation 40. — Mme V... Odette, 34 ans.

Opérée en mars 1936, d'un fibrome utérin à noyaux multiples, annexes gauches kystiques ; les annexes droites sont conservées, revue en *mai 1937*.

Cette opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni de vertiges, ni de bourdonnements, ni d'embonpoint ; elle a parfois de la nervosité facile, asthénie légère.

A l'examen : rien de spécial.

Les relations sexuelles sont semblables.

Observation 41. — Mlle W... Alice, 35 ans.

Opérée en mai 1927, d'un fibrome utérin en voie de sphacèle, annexite kystique droite, [conservation des annexes gauches ; revue en *mai 1937*.

Cette opérée n'a eu aucun trouble, ni bouffées de chaleur, ni vertiges et bourdonnements, ni embonpoint, ni asthénie, elle va tout à fait bien.

Elle n'a pris aucun traitement.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier.

Observation 42. — Mme P... Henriette, 35 ans.

Opérée en septembre 1929, à l'Hôtel-Dieu, revue en *février 1937*.

Conservation des annexes gauches.

Elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni nervosité, ni embonpoint, mais une légère asthénie — qui ne l'a

jamais empêchée de travailler, mais qui serait plus marquée depuis un an. Jamais de douleurs.

Tension artérielle : 12 1/2-8.

N'a jamais suivi de traitement.

Examen : pas d'atrophie, rien à signaler.

Observation 43. — Mlle G... Emilie, 37 ans.

Opérée en octobre 1929, d'un fibrome utérin, d'un kyste hématique de l'ovaire gauche, les annexes droites sont conservées, revue en *mai 1937*.

Cette opérée a eu et a encore, des bouffées de chaleur avec quelques vertiges et bourdonnements d'oreille.

A augmenté de 5 kgr.

Elle prend 4 gr. par mois d'extraits ovariens.

A l'examen : rien de spécial au toucher, pas de troubles trophiques.

Observation 44. — Mme L... Marie, 37 ans.

Opérée en avril 1932 à Beaujon, revue en *février 1937*.

Les annexes gauches ont été conservées.

Cette opérée va tout à fait bien : n'a jamais eu aucun trouble, ni vaso-moteur, ni nerveux, ni du métabolisme des graisses ; elle est garde-barrière, mère de 3 enfants encore jeunes, travaille beaucoup avec la même activité qu'avant son opération.

Elle n'a jamais eu de douleurs ; a eu, une fois, *un écoulement sanguin*, qui ne s'est point renouvelé ; mais, tous les mois, à la date de ses règles, elle ressent des picotements, et une sensation de pesanteur dans la région pelvienne gauche ; ces sensations, supportables, sont analogues à celles éprouvées, jadis, aux menstruations.

N'a pris aucun traitement.

Tension artérielle : 11/2-8.

Examen : rien de particulier, pas d'atrophie.

Observation 45. — Mme R... Amélie, 37 ans.

Opérée en décembre 1929, à l'Hôtel-Dieu, pour fibrome de la corne droite de l'utérus, annexes gauches conservées, revue *février 1937*.

Cette opérée va bien : n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni vertiges, ni asthénie ; pas de troubles nerveux. Pas de douleurs pelviennes, se plaint d'avoir les jambes lourdes.

Tension artérielle : 16-12.

Pas d'embonpoint. A pris quelques mois après l'intervention des extraits ovariens, puis a cessé.

A eu des *écoulements sanguins*, tous les mois jusqu'en 1936, avec sensations pelviennes analogues à celles des menstruations.

Examen : rien de particulier. Pas d'atrophie vaginale, cependant l'opérée dit éprouver une certaine gêne lors des relations sexuelles.

Observation 46. — Mme C... Marie-Madeleine, 37 ans.

Opérée en octobre 1933, d'un fibrome utérin, kyste de l'ovaire gauche, les annexes droites sont conservées, revue *en mai 1937*.

Cette opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, a perdu 4 kgr. Elle n'est jamais fatiguée, peut faire 30 kilomètres à bicyclette ce qu'elle n'avait encore jamais pu faire.

Ecoulement sanguin, environ une fois par an, pendant une journée.

Examen : pas de troubles trophiques, le toucher ne révèle rien d'anormal.

Observation 47. — Mme A... Jeanne, 38 ans.

Opérée en novembre 1935, revue en mai 1937. Conservation annexielle gauche.

Mme A... n'a jamais eu de bouffées de chaleur, mais a pris du poids : 10 kgr. Pas de nervosité, ni d'asthénie. Parfois, douleurs dans le côté gauche.

Elle prends des extraits ovariens.

Examen : pas d'atrophie vaginale, rien de particulier à signaler.

Observation 48. — Mme H... Cécile, 38 ans.

Opérée en juillet 1934, d'un utérus fibromateux fixé par ligamentopexie, d'une annexite droite ; l'ovaire gauche présente un kyste lutéinique, les annexes gauches sont conservées après ablation de ce kyste ; revue en mai 1937.

Cette opérée va bien : sans bouffées de chaleur ni asthénie, ni modification de poids ; elle n'a pris aucun traitement. Pas de douleurs.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher.

Observation 49. — Mme G... Augustine, 38 ans.

Opérée en août 1934, revue mai 1937.

Conservation des annexes droites.

Cette opérée a eu, a encore quelques bouffées de chaleur, sans asthénie, avec amaigrissement ; c'est une algique qui présente une légère tendance aux troubles psychiques, d'ordre neurasthénique ; elle présente des troubles intestinaux. Pas de douleurs pelviennes.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien de spécial.

Observation 50. — Mme B... Franceska, 38 ans.

Opérée en février 1936, à Necker, revue en février 1937.

Les annexes gauches ont été conservées. A eu et a encore quelques bouffées de chaleur. Sans asthénie, elle a pris du poids : 5 à 6 kgr. Tension artérielle à 14 1/2-9.

Pas de douleurs pelviennes.

Cette opérée a reçu des injections intra musculaires d'extraits ovariens, environ quatre par mois, plusieurs mois consécutifs.

A l'examen : rien de particulier, pas de troubles trophiques.

Observation 51. — Mme E... Fernande, 39 ans.

Opérée en janvier 1936, à Necker, revue en février 1937.

Conservation annexielle droite.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, a conservé son poids, n'a pas d'asthénie, est aussi nerveuse.

Cette opérée a beaucoup de vertiges et de bourdonnements d'oreille.

Tension artérielle à 14-8.

Prend irrégulièrement des extraits ovariens Choay.

A l'examen : rien de spécial.

Observation 52. — Mlle M... Colette, 39 ans.

Opérée en avril 1930 à l'Hôtel-Dieu, revue en février 1937.

Conservation annexielle gauche.

Mlle M... va bien, sans jamais de bouffées de chaleur,

ni asthénie, ni troubles nerveux, elle a grossi de 2 kgr. N'a jamais eu de douleurs, n'a jamais pris aucun traitement.

Tension artérielle : 12-8.

Examen : éventration qui va être opérée dans le service.
Au toucher vaginal, rien d'anormal.

Observation 53. — Mme S... Germaine, 39 ans.

Opérée en janvier 1934, revue mai 1937.

Conservation annexielle gauche.

Cette opérée a eu quelques bouffées de chaleur et vertiges ; jamais de bourdonnements.

Son poids a augmenté de 2 à 3 kgr.

N'a pas suivi de traitement.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien à signaler de spécial au toucher vaginal.

Observation 54. — Mme G... Jeanne, 40 ans.

Opérée en mars 1933, revue mai 1937.

Conservation annexielle gauche.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur, mais n'en a plus ; sans asthénie, son poids ne s'est pas modifié.

Elle se plaint de points au cœur, est nerveuse, préoccupée par sa santé, manifestations dues à de sérieux troubles intestinaux surajoutés.

Lors de la date présumée des règles, a une pesanteur pelvienne gauche pénible mais non douloureuse.

Examen : rien de particulier. Va bien.

Observation 55. — Mlle B... Marguerite, 40 ans.

Opérée en février 1936, à Necker, d'un utérus scléreux et

d'une annexite gauche ; les annexes droites sont conservées, revue *février 1937*.

Mlle B... a beaucoup de bouffées de chaleur, environ six à huit et même plus, par jour ; a un peu augmenté de poids.

N'a aucune douleur, ni vertiges, ni bourdonnements.

Tension artérielle : 12 1/2-8.

Pas d'asthénie.

Elle a pris du Crinex, des extraits ovariens, deux fois 0,20 par jour, dix jours consécutifs par mois, puis quinze jours consécutifs, sans amélioration.

Des injections intramusculaires de benzo-gynœstyl à 1 milligr. par centimètre cube, ont diminué les bouffées de chaleur sans les faire disparaître.

Examen : pas de troubles trophiques.

Rien de particulier au toucher.

Étude de ces observations.

Nous avons réuni 23 observations d'hystérectomie subtotale avec conservation unilatérale des annexes, chez des femmes de moins de 41 ans.

1^o ÉCOULEMENTS SANGUINS.

Quatre de ces opérées ont eu des écoulements sanguins.

Observation 33, pendant deux ans, écoulement sanguin durant environ un jour, tous les deux ou trois mois.

Dans l'observation 44, une seule fois, l'opérée a eu

un écoulement sanguin ; mais elle se trouve très bien, sans le moindre trouble et, chaque mois, a une pesanteur pelvienne analogue à celle éprouvée quand elle avait ses règles.

Observation 45, pendant les années 1930, 1931, 1932, 1933, 1934 et 1935, tous les mois, petite menstruation ; depuis 1936, plus d'écoulements sanguins.

Observation 46, depuis son opération en octobre 1933, cette femme a, environ une fois par an, un écoulement sanguin qui dure un à deux jours environ.

Ce qui fait 17,3 % d'écoulements sanguins.

2^o BOUFFÉES DE CHALEUR OU MANIFESTATIONS

DITES SYMPATHIQUES.

L'opérée de l'observation 35, n'a jamais eu de bouffées de chaleur, mais elle a des sueurs abondantes.

Dans les observations 36, 37, 39, nous trouvons des bouffées de chaleur ; l'opérée de l'observation 43, a des bouffées de chaleur accompagnées de vertiges et bourdonnements d'oreille.

Les femmes des observations 49 et 50 ont des bouffées de chaleur, celle de l'observation 51 n'en a pas, mais a beaucoup de vertiges et de bourdonnements d'oreille.

Dans l'observation 53, nous trouvons également des vertiges en sus des bouffées de chaleur ; observation 54 ; et dans l'observation 55, l'opérée a beaucoup de bouffées de chaleur.

Ce qui nous fait 11 cas avec des troubles d'ordre sympathique sur 23 observations.

Soit : 47,8 %.

3° EMBONPOINT.

Dans 5 cas, nous trouvons un embonpoint notable.

Observation 34, la malade a pris 13 kgr., observation 39, poids augmenté de 6 kgr. Dans l'observation 43, l'accroissement de poids est de 5 kgr., dans l'observation 47, il est de 10 kgr. et dans l'observation 49, il est de 5 à 6 kgr.

Ce qui nous donne un pourcentage de : 21,7 %.

4° BONS RÉSULTATS.

Dans 10 observations, nous avons un bon résultat : (Obs. 33, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 52).

Notons que les opérées des observations 40 et 42, disent avoir une asthénie légère, cependant elles mènent, sans gêne, la même vie qu'auparavant, donc 10 cas de bons résultats.

Soit : 43,4 %.

5° AUTRES TROUBLES.

Dans l'observation 34, nous notons de l'asthénie, par crises, dans les observations 35 et 40, une asthénie peu marquée avec de l'instabilité d'humeur.

Dans l'observation 47, l'opérée dit avoir, parfois, des douleurs pelviennes gauches, douleurs d'ailleurs supportables : à l'examen, rien d'anormal, le toucher

vaginal ne révèle pas des annexes douloureuses.

Dans l'observation 49, l'opérée a une tendance neurasthénique, c'est une inquiète, mais des troubles intestinaux sérieux peuvent expliquer cette tendance.

Dans les observations 50 et 55, les opérées ont reçu des injections intramusculaires d'extraits ovariens, lesquelles dans l'observation 55, ont amélioré les bouffées de chaleur.

Nous n'avons *pas de cas* dans lesquelles il y ait *des troubles trophiques, des douleurs*, si l'on excepte l'observation 47.

4° Avec conservation unilatérale des annexes chez des femmes de plus de 40 ans.

Observation 56. — Mme F... Germaine, 41 ans.

Opérée en février 1932, revue en mai 1937.

Mme F... a eu quelques bouffées de chaleur, sans vertiges, ni bourdonnements, parfois accompagnées de migraines ; ces troubles ont disparu avec des injections intramusculaires d'extraits ovariens. Pas d'embonpoint, ni d'asthénie.

Trois fois *écoulements sanguins* ; à la date des règles, l'opérée a des manifestations analogues à celles éprouvées, avant l'opération, aux menstruations : gonflement des seins, ballonnement du ventre.

A l'examen : pas d'atrophie, rien de particulier au toucher vaginal.

Observation 57. — Mme S... Ernestine, 41 ans.

Opérée en mai 1928, à l'Hôtel-Dieu ; revue en février 1937,
les annexes gauches sont conservées.

N'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni aucun trouble.
Depuis un an, Mme S... serait un peu nerveuse, mais n'a
jamais eu d'asthénie, ni d'embonpoint.

Tension artérielle : 12 1/2-8.

Examen : pas d'atrésie vaginale, le toucher ne révèle
rien d'anormal.

Observation 58. — Mme L... Gisèle, 41 ans.

Opérée en septembre 1930 à l'Hôtel-Dieu, revue en février
1937, annexes gauches conservées.

Cette opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, elle a
pris du poids : 3 kgr. ; elle n'a jamais eu de troubles psy-
chiques ou nerveux, jamais de douleurs et trouve qu'elle
a plus de vitalité qu'auparavant.

N'a jamais eu de douleurs pelviennes, se plaint seule-
ment d'avoir les jambes lourdes.

Tension artérielle : 15 1/2-9. N'a suivi aucun traitement.

Les relations sexuelles, qui étaient douloureuses, sont
améliorées.

Examen : bon état local, rien de particulier au toucher.

Observation 59. — Mme D... Isabelle, 42 ans.

Opérée en janvier 1933, revue en mai 1937, conservation
des annexes droites. Cette opérée va tout à fait bien : n'a
jamais eu de bouffées de chaleur, ni d'asthénie ; elle a
maigri, mais pèse encore 83 kgr., elle serait moins ner-
veuse depuis l'opération.

Des écoulements sanguins, quelques taches, sont apparus, chaque mois en 1933-1934-1935 ; au début 1936, pas d'écoulements sanguins pendant six mois, puis réapparition de petites règles.

A pris régulièrement des extraits ovariens.

Examen local satisfaisant, rien de particulier au toucher vaginal.

Observation 60. — Mme C... Clémence, 42 ans.

Opérée en avril 1934, d'un volumineux fibrome pédiculé, kyste ovaire droit, revue en *juin 1937*, annexes gauches conservées.

Cette opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, a le même poids ; parfois fatigue légère, pas de douleurs.

Examen : pas de troubles trophiques, toucher normal.

Observation 61. — Mme S... Jeanne, 43 ans.

Opérée en janvier 1932, revue en *mai 1937*, conservation annexielle gauche. Elle va très bien, n'a aucun trouble : ni bouffées, ni asthénie, ni embonpoint.

A l'examen : pas d'atrophie génitale, le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal. N'a jamais de douleurs, les rapports sexuels ne sont pas modifiés.

N'a jamais suivi de traitement.

Observation 62. — Mme H... Victoire, 43 ans.

Opérée à Necker en septembre 1935 d'un volumineux fibrome utérin, a été revue en *février 1937*.

Les annexes gauches ont été conservées.

Cette opérée va très bien, n'a jamais eu aucun trouble ; ni bouffées de chaleur, ni asthénie, ni troubles nerveux, son poids ne s'est pas modifié.

Elle a pris des extraits ovariens le mois qui a suivi son intervention, seulement.

Tension artérielle : 16-11 1/2.

Examen : état absolument normal des organes génitaux.

Elle n'a jamais eu de douleurs.

Observation 63. — Mme C... Juliette, 43 ans.

Opérée en juin 1934, à la Charité, d'un fibrome utérin ayant provoqué de grosses hémorragies, une série de transfusions pré-opératoires avait été nécessaire ; les annexes droites ont été conservées ; revue en *février 1937*.

Cette opérée va très bien, n'a jamais eu aucun trouble : ni bouffées de chaleur, ni asthénie, ni troubles nerveux, ni embonpoint.

Elle avait pris, les premiers mois, des extraits ovariens.

A l'examen : pas d'atrophie vaginale, le toucher ne révèle rien de particulier.

Observation 64. — Mme D... Marie, 43 ans.

Opérée en décembre 1935, à Necker, revue en *février 1937*.

Conservation annexielle gauche.

Elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur.

Avant l'opération, Mme D... avait maigri, elle a repris son poids initial ; loin de se plaindre d'asthénie, elle se trouve plus résistante, n'a jamais de douleurs.

Tension artérielle : 13-9.

L'examen ne révèle rien de particulier.

Observation 65. — Mme E... Rosita, 44 ans.

Opérée en octobre 1934, revue en *mai 1937*. Conservation des annexes gauches.

Cette opérée ne présente aucun trouble, va très bien ; ni bouffées de chaleur, ni asthénie, pas d'embonpoint, et n'en a jamais eu.

N'a jamais eu de traitement.

Examen : pas de troubles trophiques, le toucher ne montre rien de particulier.

Observation 66. — Mlle B... Hélène, 44 ans.

Opérée en mars 1932 à Beaujon, revue en février 1937.

Conservation des annexes gauches.

Cette opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni d'asthénie, ni d'embonpoint, ni de douleurs pelviennes ; mais sont apparus *des rhumatismes*, pour lesquels divers traitements ont été essayés : naïodine, injections de produits à base de soufre, traitements endocriniens, *per os* et en injections, la physiothérapie. Ces différents traitements n'ont apporté aucune amélioration, la malade marche avec difficulté.

Tension artérielle : 13 1/2-9.

Examen : bon état local, rien de particulier.

Les annexes gauches sont perceptibles, par le toucher, roulant sous le doigt, elles sont sensibles, comme normalement, mais non douloureuses.

Observation 67. — Mme G... Andrée, 44 ans.

Opérée en juillet 1933, interrogatoire en mai 1937. Conservation annexielle droite.

Cette opérée n'avait eu aucun trouble, pas d'asthénie, ni embonpoint.

Depuis un an, quelques bouffées de chaleur, a pris de

l'ovarine, du Crinex, les troubles ont cessé ; a pris également, de l'Iodhamélic, de l'Iode, de la Basedowine.

Observation 68. — Mme M... Eugénie, 44 ans.

Opérée en février 1932, interrogatoire en mai 1937. Conservation des annexes droites.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni d'asthénie, mais a augmenté de poids de 7 kg.

N'a suivi aucun traitement.

Pas de douleurs.

Observation 69. — Mme C... Emilie, 45 ans.

Opérée en mars 1934, d'un fibrome à noyaux multiples, d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, castration droite, les annexes gauches sont conservées, revue en mai 1937.

Cette opérée n'a eu aucun trouble : pas de bouffées de chaleur, ni bourdonnements, ni vertiges, pas d'asthénie ; son poids est le même. Elle n'a pris aucun traitement.

A l'examen : rien de particulier.

Observation 70. — Mme M..., 46 ans.

Opérée en décembre 1932, d'un fibrome utérin et d'un cancer de l'ovaire gauche ; les annexes droites ont été conservées, revue en février 1937.

Cette opérée n'a présenté aucun trouble, elle va très bien, n'a pris aucun traitement.

A l'examen : rien de spécial.

Observation 71. — Mme M..., 46 ans.

Opérée en novembre 1932, revue en juin 1937, conservation des annexes droites.

Cette opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni d'asthénie. A pris un peu d'embonpoint. Les relations sexuelles ne sont pas modifiées.

Examen : pas de troubles trophiques, toucher normal.

Observation 72. — Mme M... Germaine, 46 ans.

Opérée en juillet 1934, interrogatoire mai 1937, annexes gauches conservées.

Mme M... n'a pas eu de bouffées de chaleur, mais a quelques migraines, n'a pas d'embonpoint, ni d'asthénie.

Elle a beaucoup de *rhumatismes* qui persistent malgré plusieurs traitements essayés ; elle prend régulièrement des extraits ovariens.

Observation 73. — Mlle B... Fanny, 46 ans.

Opérée en mai 1934, revue en mai 1937, conservation des annexes droites.

Mlle B... a eu des bouffées de chaleur qui n'ont diminué que sous l'influence d'injections sous-cutanées de benzo-gynœstyl ; n'a pas eu de vertiges, ni de bourdonnements, a pris 3 kgr.

Examen : pas de troubles trophiques. Rien de spécial.

Observation 74. — Mme B... Armande, 47 ans.

Opérée en juin 1935, revue juin 1937. Annexes droites conservées.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni de changement de poids, se sent très bien.

Ecoulements sanguins tous les mois, pendant trois à quatre jours, peu abondants. Arrêt il y a trois mois.

Examen : pas de troubles trophiques. Rien de spécial au toucher.

Observation 75. — Mme B... Lucile, 47 ans.

Opérée en mai 1929 revue *mai 1937*, annexes gauches conservées.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur, sans vertiges ni bourdonnements ; pas d'asthénie, mais a augmenté de poids de 10 kgr. Chaque mois régulièrement prend des extraits ovariens Choay.

A l'examen : pas de troubles trophiques. Rien de spécial.

Observation 76. — Mme B... Marguerite, 47 ans.

Opérée en février 1937, revue en *juin 1937*.

Conservation annexielle droite.

Cette opérée n'a aucun trouble.

Ne prend aucun traitement.

A l'examen : rien de spécial.

Les rapports sexuels ne sont pas modifiés.

Observation 77. — Mme L... Jane, 48 ans.

Opérée en juillet 1933 d'un volumineux fibrome, revue en *mai 1937*.

Conservation annexielle gauche.

Cette opérée ne présente aucun trouble, va très bien ; pas de bouffées de chaleur, ni embonpoint, ni asthénie ; elle exerce une profession fatigante sans gêne.

Chaque mois, pendant quinze jours, elle prend 0 gr. 20 par jour d'extraits ovariens Choay.

A l'examen : rien de spécial, pas de troubles trophiques. Les relations sexuelles ne sont pas modifiées.

Observation 78. — Mme M... Marcelle, 48 ans.

Opérée en juillet 1934, revue en mai 1937.

Conservation des annexes gauches.

Cette opérée va très bien ; elle n'a eu aucun trouble : ni embonpoint, ni asthénie, ni troubles nerveux, ni troubles vaso-moteurs.

Très irrégulièrement elle a pris des extraits ovariens.

Des écoulements sanguins, discrets, ont eu lieu cinq à six fois, sans la moindre douleurs.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier.

Observation 79. — Mme T... Louise, 49 ans.

Opérée en juillet 1933, revue en mai 1937.

Annexes gauches conservées.

Mme T... n'a pas eu de troubles : pas de bouffées de chaleur, ni d'asthénie ; elle a repris son poids normal et ne l'a pas quitté. Pas de douleurs.

A l'examen : rien de particulier.

Pas de troubles trophiques.

Observation 80. — Mme T... Pauline, 50 ans.

Opérée en juillet 1934, interrogatoire en mai 1937.

Cette opérée a eu et a encore des bouffées de chaleur nocturnes, cependant elles sont peu fréquentes actuellement.

Elle n'a pas d'asthénie, ni d'embonpoint.

Observation 81. — Mme F... Marie, 52 ans.

Opérée en octobre 1933 à Beaujon, revue en février 1937.

Conservation annexielle droite.

Elle a eu quelques bouffées de chaleur, n'en a plus, mais n'a jamais eu de vertiges, ni de bourdonnements. Sans asthénie, ni troubles nerveux.

A parfois de petites douleurs, supportables, dans la région pelvienne droite.

A l'examen : pas de troubles trophiques ; au toucher vaginal, les annexes droites sont perceptibles, de volume normal, non douloureuses, ayant une sensibilité banale.

Observation 82. — Mme D... Céline.

Opérée en septembre 1935, revue en avril 1937.

Mme D... n'a pas eu de bouffées de chaleur ni de vertiges, ni de bourdonnements ; elle a maigri de 3 kgr. Elle a présenté de l'asthénie qui persiste.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien de spécial.

Etude des observations.

Nous avons 27 observations d'hystérectomie subtotale avec conservation unilatérale des annexes chez des femmes de plus de 40 ans.

1^o ÉCOULEMENTS SANGUINS.

Dans 4 cas, femmes de 41 à 48 ans, des écoulements sanguins existent.

Observation 56, l'opérée a eu, trois fois, des écoulements sanguins. Dans l'observation 59, en 1933,

1934, 1935, chaque mois, l'opérée a eu des écoulements sanguins : en 1936, a eu six fois des petites règles et, en 1937, trois fois. Dans l'observation 74, pendant trois ou quatre jours, chaque mois, depuis juin 1935, l'opérée avait eu des écoulements sanguins.

L'opérée de l'observation 78, a eu cinq à six fois des petites règles.

Ce qui nous donne un pourcentage de menstruations de 16 % chez des femmes de 40 à 50 ans.

2° BOUFFÉES DE CHALEUR.

Dans l'observation 56, l'opérée a des bouffées de chaleur, parfois accompagnées de migraines ; dans l'observation 72, il n'y a jamais eu de bouffées de chaleur, mais il existe des migraines.

Dans l'observation 73, les bouffées de chaleur, assez nombreuses, n'ont diminué qu'avec des injections intramusculaires de benzogynœstryl ; observation 75 : dans l'observation 80, opérée en 1934, la malade a toujours des bouffées de chaleur, mais elles diminuent en nombre ; observation 81.

Soit 6 cas de bouffées de chaleur, soit : 22,2 %.

3° EMBONPOINT.

Nous avons relevé 3 cas d'embonpoint.

L'augmentation est de 7 kgr. dans l'observation 68,

de 10 kgr. dans l'observation 75, embonpoint dans l'observation 71.

Ce qui fait : 11,1 %.

4° BONS RÉSULTATS.

Nous en avons 17 cas.

Ce sont les observations 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 74, 76, 77, 73, 79.

Ce qui nous donne : 62,8 %.

5° AUTRES TROUBLES.

Dans deux observations, 66 et 72, nous avons des *rhumatismes*, rebelles à tout traitement physiothérapique ou endocrinien, apparus après l'intervention.

Dans l'observation 67, la malade opérée en juillet 1933, jusqu'en 1936 n'avait eu aucun trouble; quelques troubles apparus alors, sous l'influence d'un traitement ovarien *per os*, ont disparu.

Dans l'observation 82, asthénie assez marquée, persistante.

Dans aucune observation nous n'avons de troubles nerveux ou psychiques, de douleurs, de troubles trophiques.

II

Observations d'Hystérectomies abdominales totales.

1^o Avec conservation bilatérale des annexes.

Observation 83. — Mme L..., 29 ans.

Opérée en août 1934, revue en mai 1937.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur, sans vertiges ni bourdonnements ; elle n'a pas d'asthénie et s'occupe elle-même de ses cinq enfants.

Elle a un peu maigri, mais a de la colibacillose tenace. Elle n'a suivi aucun traitement.

Examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher.

Observation 84. — Mme R... Marie, 35 ans.

Opérée en mars 1936, interrogatoire en mai 1937.

Cette opérée n'a eu aucun trouble : ni bouffées de chaleur, ni embonpoint, ni asthénie ; pas de douleurs. Elle se trouve très bien.

Observation 85. — Mme V... Marcelle, 40 ans.

Opérée en mars 1935, pour des fibromes utérins dont l'un, gros comme une orange, pédiculé, du fond de l'utérus, logé dans l'isthme ; interrogatoire en mai 1937.

Elle n'a présenté aucun trouble, pas de douleurs.

Elle prend huit jours par mois de l'extrait ovarien.

Observation 86. — Mme N... Georgette, 41 ans.

Opérée en juin 1936, d'un fibrome utérin antérieurement traité par les rayons X ; nécrose d'un polype intra-cavitaire, revue en *juin 1937*.

Cette opérée a des bouffées de chaleur ; elle a grossi d'un kgr., elle ne présente pas d'asthénie.

Elle prend, régulièrement, de l'hormovarine.

Examen : pas de troubles trophiques. Rien de spécial au toucher vaginal.

Observation 87. — Mme H... Anny, 42 ans.

Opérée en novembre 1935, revue en *mai 1937*.

Mme H..., a eu quelques bouffées de chaleur, son poids ne s'est pas modifié ; elle présente du prurit au niveau des membres inférieurs.

Examen : pas de troubles trophiques, au toucher rien de particulier.

Observation 88. — Mme H... Amélie, 47 ans.

Opérée en février 1936, revue en *mai 1937*.

L'opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni de douleurs ; elle a gardé son poids. Régulièrement, elle prend des extraits ovariens.

Examen : pas de troubles trophiques, au toucher rien d'anormal.

Observation 89. — Mme P... Virginie, 50 ans.

Opérée en février 1932, colpo hystérectomie totale, interrogatoire en *mai 1937*.

Elle a eu des bouffées de chaleur, a pris quelques kilos, mais n'a jamais eu d'asthénie, n'a suivi aucun traitement.

Observation 90. — Mme L... Marie-Louise, 51 ans.

Opérée en mai 1934, à la Charité, revue en février 1937.

Mme L... a eu des bouffées de chaleur, et en a encore, par périodes, mais elles tendent à diminuer.

Elle a eu quelques vertiges et bourdonnements que l'hamamélis a fait disparaître. Elle n'a jamais eu d'asthénie, mais serait un peu plus nerveuse ; n'a jamais eu de douleurs. Son poids a augmenté de 7 kgr.

Tension artérielle 19 1/2-12.

Examen : bon état local, rien à signaler.

Observation 91. — Mme D... Lucie, 56 ans.

Opérée en juin 1935, interrogatoire en mai 1937.

Elle a eu des bouffées de chaleur, sans vertiges ni bourdonnements : n'a pas d'asthénie, a augmenté de poids de 1 kg. 500.

N'a pris aucune médication.

Observation 92. — Mme M... Virginie, 59 ans.

Opérée en novembre 1935, revue en juin 1937.

Elle a eu des bouffées de chaleur, mais pas d'asthénie ; embonpoint de 5 kgr.

Examen : état local parfait.

Les deux observations qui suivent — 93 et 94 — sont des observations d'hystérectomie vaginale avec conservation bilatérale des annexes.

Observation 93. — Mme M... Hélène, 37 ans.

Opérée en novembre 1932, pour fibrome utérin et prolapsus génital, revue en mai 1937.

Cette opérée n'a jamais eu de bouffées de chaleur, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreille ; sans asthénie, ni embonpoint, elle prend irrégulièrement des extraits ovariens.

A l'examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier au toucher.

Observation 94. — Mme C... Eugénie, 42 ans.

Opérée en janvier 1934, fibrome utérin et prolapsus génital ; annexes conservées.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni d'embonpoint, ni d'asthénie, ni de douleurs.

Ne prend pas d'extraits ovariens.

2° Observations d'hystérectomies abdominales totales avec conservation unilatérale des annexes.

Observation 95. — Mme L... Marcelle, 23 ans.

Opérée en mai 1933, à Beaujon, pour grossesse avec fibrome de l'isthme utérin, annexes droites conservées, revue en février 1937.

Cette jeune femme a eu beaucoup de bouffées de chaleur et en a encore, à tout moment. Embonpoint de 2 kgr. Sans asthénie notable, cette opérée présente une certaine instabilité d'humeur, une nervosité marquée.

Tension artérielle : 16-10 1/2.

N'a jamais eu de douleurs.

Régulièrement, chaque mois, elle prend pendant dix jours des extraits ovariens.

Examen : pas de troubles trophiques, rien à signaler d'anormal.

Observation 96. — Mme C... Marie, 28 ans.

Opérée en novembre 1935 à Necker, utérus fibromateux, métrite cervicale et salpingite droite ; les annexes gauches sont conservées, revue en *février 1937*.

Mme C... a eu des bouffées de chaleur, son poids ne s'est pas modifié, n'a pas eu d'asthénie.

Tension artérielle : 12-8 1/2.

Quinze jours par mois, elle prend des extraits ovariens.

Examen : pas de troubles trophiques ; au toucher vaginal, rien de spécial.

Observation 97. — Mme C... Jeanne, 38 ans.

Opérée en février 1937, d'un utérus fibromateux avec col suspect ; polype muqueux intra-utérin, annexes droites conservées, hystérectomie abdominale totale élargie, revue en *mai 1937*.

Cette opérée n'a pas eu de bouffées de chaleur, son poids a augmenté de 4 kgr., elle est très nerveuse, dit-elle et présente un peu d'asthénie.

Examen : rien d'anormal à signaler.

Observation 98. — Mme M... Aline, 48 ans.

Opérée en novembre 1934, revue en *mai 1937*, annexes droites conservées.

Mme M... a eu des bouffées de chaleur, des vertiges. Elle

n'a pas eu d'asthénie, mais présente un embonpoint de 4 kgr.

Sa tension artérielle est élevée : maxima à 22, n'a suivi aucun traitement.

Examen : pas de troubles trophiques, rien de particulier.

Observation 99. — Mme T... Julie, 49 ans.

Opérée en avril 1935, revue en mai 1937.

Annexes gauches conservées.

Cette opérée a eu des bouffées de chaleur et en a encore, cependant elles diminuent. Sans asthénie, ni vertiges, elle a augmenté de poids de plusieurs kilogrammes. N'a suivi aucun traitement.

Examen : rien de spécial.

Observation 100. — C'est une observation d'hystérectomie vaginale.

Mme M... Marguerite, 42 ans.

Opérée en mars 1931, revue en mai 1937.

Annexes droites conservées.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni de vertiges, ni bourdonnements.

Elle a eu un très gros embonpoint : elle s'est fait maigrir par la méthode de Hœckle.

Pas de douleurs, ni d'asthénie.

Examen : pas de troubles trophiques, au toucher rien de particulier.

Etude de ces observations.

Nous apportons 18 observations de femmes de 23 à 59 ans opérées, pour fibrome utérin : hystérectomie abdominale totale avec conservation annexielle ; dans 12 cas, la conservation annexielle a été bilatérale, dans 6 cas, unilatérale.

Nous avons trop peu d'observations d'hystérectomies totales pour conclure des effets sur les femmes encore jeunes, ou sur celles près de la ménopause.

I. — Nous étudierons d'abord les résultats des 12 cas de conservation annexielle bilatérale.

Les écoulements sanguins sont impossibles dans tous les cas d'hystérectomies totales, puisqu'il n'y a plus de muqueuse utérine.

1^o BOUFFÉES DE CHALEUR.

Sept de nos opérées ont eu des bouffées de chaleur (Obs. 83, 86, 87, 89, 90, 91, 92).

Ce qui fait un pourcentage de : 58,3.

2^o EMBONPOINT.

Dans 3 cas, nous avons noté de l'embonpoint.

Ce qui fait : 16,6 %.

Ce sont les observations 89, 90, 92.

3^o BONS RÉSULTATS.

Dans 5 cas, nous n'avons trouvé aucun trouble.
Obs. 84, 85, 88, 93, 94.

Soit : 41,6 % des observations.

4^o AUTRES TROUBLES.

L'opérée de l'observation 90, se plaint d'être nerveuse. La tension artérielle est élevée dans l'observation 90, 19 1/2-12 ; mais ne sachant de combien elle était avant l'opération, il est impossible d'en conclure à une poussée hypertensive post-opératoire.

Dans l'observation 87, l'opérée a du prurit au niveau des membres inférieurs.

Chez aucune de nos opérées nous n'avons trouvé de douleurs, de troubles trophiques, d'asthénie, de troubles psychiques.

II. — Résultats des 6 observations d'hystérectomie totale avec conservation unilatérale.

1^o BOUFFÉES DE CHALEUR.

Dans 4 observations, nous notons des bouffées de chaleur ; dans l'observation 95, chez une jeune femme opérée en mai 1933, à l'âge de 23 ans, nous notons beaucoup de bouffées de chaleur ; dans l'observation 98, elles sont associées à des vertiges.

Soit : 66,6 %.

2^o EMBONPOINT.

Quatre de nos opérées ont eu un embonpoint notable. Obs. 97, 98, 99, 100.

Dans l'observation 100, il y a même une grosse augmentation de poids.

Soit : 66,6 % des cas.

3^o BONS RÉSULTATS.

L'opérée de l'observation 96, n'a eu aucun trouble, elle est âgée de 28 ans.

Soit : 16,6 % de bons résultats.

4^o TROUBLES NERVEUX.

Les opérées des observations 95 et 97 se disent très nerveuses, facilement irritables.

5^o AUTRES TROUBLES.

Chez aucune de nos opérées nous n'avons trouvé de troubles trophiques, de troubles psychiques, de douleurs, d'asthénie.

III. — *Comparaison des résultats obtenus, dans les hystérectomies totales, avec la conservation bilatérale et la conservation unilatérale.*

Dans les cas de conservation bilatérale :

Bouffées de chaleur.....	58,3 %
Embonpoint	16,6 %
Bons résultats.....	41,6 %

Dans les cas de conservation unilatérale :

Bouffées de chaleur.....	66,6 %
Embonpoint.....	66,6 %
Bons résultats.....	16,6 %

Les résultats sont nettement supérieurs dans les cas de conservation bilatérale.

IV. — *Résultats obtenus dans les hystérectomies totales, sans tenir compte de la nature de la conservation annexielle (uni ou bilatérale).*

Donc : 18 cas :

Bouffées de chaleur. ...	11 cas soit	61,1 %
Embonpoint	7 cas soit	38,8 %
Bons résultats.....	6 cas soit	33,3 %

Résultats de l'étude de nos cent observations.

Ce tableau permet de lire, rapidement, les résultats obtenus, suivant la nature de la conservation et l'âge de l'opérée.

TABLEAU DES POURCENTAGES OBTENUS.

Opérations	Ecoulements sanguins	Bouffées de chaleur vertiges sueurs	Embonpoint	Bons résultats (aucun trouble)
Hystérectomie subtotale, conservation bilatérale, femmes de moins de 41 ans.....	35,2 %	29,4 %	23,5 %	52,8 %
Hystérectomie subtotale, conservation bilatérale, femmes de plus de 40 ans.	20 %	46,6 %	20 %	40 %
Hystérectomie subtotale, conservation unilatérale, femmes de moins de 41 ans.....	17,3 %	47,8 %	21,7 %	43,4 %
Hystérectomie subtotale, conservation unilatérale, femmes de plus de 40 ans.	16 %	22,2 %	11,1 %	62,8 %
Hystérectomie totale, conservation bilatérale....	0	58,3 %	16,6 %	41,6 %
Hystérectomie totale, conservation unilatérale...	0	66,6 %	66,6 %	16,6 %

I. — PREUVES DE LA VITALITÉ OVARIENNE.

Comme preuve du bon fonctionnement de l'ovaire, nous citons d'une part, les cas d'écoulements sanguins, d'autre part, les observations d'opérées n'ayant eu aucun trouble.

1^o *Écoulements sanguins.* — Nous notons 31,2 % cas de menstruation chez les femmes de moins de 50 ans, ayant eu une hystérectomie subtotale avec conservation double ; et, 16 % cas de menstruation chez les femmes de moins de 50 ans, ayant eu une hystérectomie subtotale avec conservation unilatérale. Ce qui nous donne un pourcentage de 19,5 cas d'écoulements sanguins dans les hystérectomies subtotaux avec conservation annexielle.

2^o *Bons résultats.* — Nous rappelons que dans ce groupe ne sont rangées que les observations d'opérées, n'ayant présenté aucun trouble même minime.

Dans les hystérectomies subtotaux, nous trouvons 51,2 % cas dans lesquels les opérées sont très bien portantes ; dans les hystérectomies totales nous en trouvons 33,3 % seulement.

II. — POURCENTAGE DES TROUBLES.

Dans l'ensemble, peu de nos opérées ont eu des troubles ; d'ailleurs, sauf pour quelques-unes, celles qui ont eu des bouffées de chaleur n'en ont eu que fort peu ; et la plupart, n'ont eu que des manifesta-

tions peu gênantes, pour lesquelles elles ne suivirent aucun traitement.

1^o *Bouffées de chaleur*. — Dans nos hystérectomies subtotaux nous avons trouvé 35,3 % de cas de bouffées de chaleur, dans les totales 61,1 % de cas.

2^o *Embonpoint*. — Nous trouvons que 18,2 % de nos opérées ayant subi une hystérectomie subtotale, ont eu une augmentation de poids d'au moins 4 kgr. ; 38,8 % de celles qui ont eu une hystérectomie totale, ont augmenté de poids.

3^o *Troubles trophiques*. — Aucun cas.

4^o *Troubles psychiques ou nerveux*. — Aucun cas.

Dans deux observations nous avons noté des troubles nerveux, ce sont des opérées actuellement malades d'affections sans rapports avec l'intervention.

5^o *Asthénie*. — Un cas seulement d'asthénie notable, durable.

III. — INCONVÉNIENTS DE LA CONSERVATION ANNEXIELLE.

Nous n'en avons trouvé *aucun*.

Aucune de nos opérées n'a eu de douleurs, de gêne, dues à ses annexes ; celles-ci n'ont été le siège d'aucune malformations pathologiques. Toutes les annexes conservées — sur 100 cas — n'ont présenté d'inconvénient ni pour les opérées ni, partant, pour le chirurgien.

IV. — COMPARAISON ENTRE LES HYSTÉRECTOMIES SUBTOTALES ET TOTALES.

Les résultats de nos observations confirment les théories actuelles admettant une synergie fonctionnelle utéro-ovarienne.

Les ovaires conservés sans muqueuse utérine ont un fonctionnement moins bon que ceux qui sont laissés en place avec une petite partie de muqueuse utérine. Il n'y a, naturellement, pas d'écoulements sanguins ; les cas d'embonpoint, de bouffées de chaleur sont presque le double. Les bons résultats sont nettement moindres.

V. — CONSERVATION UNI OU BILATÉRALE.

La conservation annexielle bilatérale semble préférable. Elle l'est nettement, en ce qui concerne les cas de menstruation ; mais, dans l'ensemble, les résultats ne s'avèrent pas nettement supérieurs. Cependant, puisque les annexes conservées ne sont source d'aucun ennui, chaque fois que possible, la conservation sera double, car elle semble, logiquement, préférable.

* * *

Tous ces résultats, dans l'ensemble fort satisfaisants, et résumés dans le tableau suivant, sont des preuves indiscutables de la valeur de la conservation annexielle.

RÉSULTATS DES CONSERVATIONS ANNEXIELLES
DANS LES HYSTÉRECTOMIES POUR FIBROME UTÉRIN.

Opérations	Ecoulements sanguins	Bons résul- tats (aucun trouble)	Bouffées de chaleur	Embonpoint	Asthénie	Troubles tro- phiques troubles psy- chiques ou nerveux douleurs complicat.
Hystérectomie sub- totale avec conser- vation annexielle.	19,5 %	51,2 %	35,3 %	18,2 %	1 cas	0
Hystérectomie to- tale avec conser- vation annexielle.	0	33,3 %	61,1 %	38,8 %	0	

CONCLUSIONS

1^o LA TECHNIQUE.

La technique décrite pour la conservation, *in situ*, des ovaires et trompes est simple ; respectant au maximum les conditions anatomiques normales de l'ovaire, elle lui assure une parfaite vitalité.

2^o LA TECHNIQUE EST SANS DANGER.

Quelle que soit la valeur de ses résultats, la conservation annexielle a le gros avantage de ne présenter aucun inconvénient, avec la technique employée. Sur 100 observations d'opérées ayant conservé leurs annexes, nous n'avons pas eu un seul cas où la conservation ait été cause d'ennuis : aucune réintervention n'a été nécessaire, au niveau des annexes laissées, elles ne sont devenues douloureuses, en aucun cas.

3^o INFLUENCE SUR LA MENSTRUATION.

Le fragment de muqueuse utérine conservé, dans les hystérectomies subtotaux, est parfois suffisant

pour permettre de petites menstruations, avec un ou deux ovaires laissés en place.

Avec conservation annexielle bilatérale, nous avons 31,2 % de cas d'écoulements sanguins ; avec conservation annexielle unilatérale, nous en avons 16,6 %. Ce qui, dans l'ensemble, sans tenir compte du nombre d'ovaires conservés, fait un pourcentage de 19,5 d'écoulements sanguins.

4^o INFLUENCE SUR LES BOUFFÉES DE CHALEUR.

Les bouffées de chaleur, les vertiges et bourdonnements d'oreilles sont parmi les manifestations les plus fréquentes et les plus pénibles de l'anovarie.

Dans les hystérectomies subtotaux avec conservation uni ou bilatérale des annexes, nous en trouvons dans 35,3 % de nos observations.

Dans les hystérectomies totales avec conservation annexielle uni ou bilatérale nous en avons dans 61,1 % de nos observations.

5^o INFLUENCE SUR LE MÉTABOLISME DES GRAISSES.

Les opérées ayant subi, pour fibrome utérin, une hystérectomie subtotale avec conservation annexielle présentent peu d'embonpoint : 18,2 % de cas, seulement.

Les opérées ayant subi une hystérectomie totale avec conservation annexielle en présentent : 38,5 % de cas, ce qui est plus du double.

6° INFLUENCE SUR LES AUTRES TROUBLES.

Nous n'avons qu'un seul cas d'asthénie marquée.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé de troubles psychiques ou nerveux, de troubles trophiques, de douleurs ovariennes.

7° BONS RÉSULTATS OBTENUS.

Nous rangeons ici les observations d'opérées qui n'ont eu aucun trouble, qui sont tout à fait bien.

Dans nos hystérectomies subtotaux, nous avons : 51,2 % de bons résultats.

Dans nos hystérectomies totales nous en avons : 33,3 %.

8° SUPÉRIORITÉ DE L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE.

De nos résultats, il ressort très nettement que la présence de muqueuse utérine non seulement peut permettre des écoulements sanguins, mais encore assure un meilleur fonctionnement de la glande ovarienne. L'hystérectomie subtotale avec la technique décrite sera toujours préférée à l'hystérectomie totale, dans la mesure du possible.

9° LA CONSERVATION BILATÉRALE SEMBLE PRÉFÉRABLE.

D'après nos observations, les conservations annexielles bilatérales donnent des résultats intéressants, supérieurs à ceux obtenus avec conservation unilatérale,

dans l'ensemble. Chez les femmes près de la ménopause, les résultats sont moins probants.

Les écoulements sanguins sont nettement en rapport, d'une part, avec le degré de la conservation, uni ou bilatéralité, d'autre part, avec l'âge de l'opérée : les résultats sont d'autant plus intéressants que la femme est plus jeune et la conservation plus complète : c'est-à-dire hystérectomie abdominale subtotale avec conservation bilatérale des ovaires et trompes.

Vu : le Président de la thèse
MOCQUOT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
l'Inspecteur de l'Académie,
BRUHAT.

BIBLIOGRAPHIE

- Aron (M.)*. — Physiologie de l'ovaire (III^e Congrès franç. de Gynéc., 1934).
- Baron*. — Conservation des ovaires dans les hystérectomies et ses résultats (Thèse de Paris, 1931).
- Baurens*. — Chirurgie conservatrice des affections salpingiennes et des fibromes utérins (Thèse de Paris, 1930).
- Bizon (Mlle)*. — Auto-greffes ovariennes, leur intérêt pratique. Etude critique de 23 observations inédites (Thèse de Paris, 1932).
- Brocq et Dufaux (Mlle)*. — Formations ovariennes développées dans le petit bassin à la suite des hystérectomies (Soc. d'Obst. et de Gynécol., juin 1932).
- Cotte*. — Sur les possibilités actuelles de la chirurgie conservatrice dans le traitement des salpingo-ovarites (Gynécol. et Obst., 1934).
- Cosacesco (A.)*. — Kystes ovariens après hystérectomies pour fibrome (Revue franç. de Gyn. et Obst., 1928).
- Dalsace*. — Douleurs osseuses et musculaires consécutives à la castration ovarienne (Journal Méd. fr., mars 1928).
- Desmarest et Relier*. — De la conservation des trompes et ovaires dans le traitement chirurgical des fibromes utérins (Gyn. et Obst., janvier 1936).
- Douay*. — Résultats obtenus avec les auto-greffes d'ovaires (Mém. Acad. de Chirurgie, 1936).
- Férey*. — Conservation des ovaires dans les hystérectomies

(Gaz. Méd. de France, janv. 1929 ; Congrès Chirurg., 1929 ; Presse méd., oct. 1929).

— Conservation ovarienne (Bull. Méd., décembre 1933 ; A. M. C., mars 1937).

Gresse. — Contribution à l'étude de la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et des ovaires dans le traitement des annexites bilatérales (Thèse de Paris, 1936).

Kross (I.). — The American Journ. (Obst. and Gyn., oct. 1932).

Lahy. — Des opérations conservatrices (Thèse de Lyon, 1926).

Lévi (L.). — Actions réciproques des ovaires et du corps thyroïde (III^e Congr. fr. Gyn.).

Lipschutz (A.). — Métabolisme des ovaires isolés (Bull. Soc. biol., juill. 1928).

Le Tallec. — Contribution à l'étude de la conservation des ovaires dans les hystérectomies (Thèse de Paris, 1930).

Marie (R.). — Kystes pelviens consécutifs aux hystérectomies (Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, 1925).

Maxwell (Mme A.). — Fonction des ovaires après hystérectomie (Jour. American Ass. Chicago, 1924).

Mocquot (P.) et Rouville (G. de). — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (XXXV^e Congr. fr. de Chirurgie).

Mocquot (P.), de Cotte. — Résultats des greffes ovariennes (XXXV^e Congr. fr. de Chirurgie).

Moure. — A propos des greffes d'ovaires (Rev. franç. Gyn. et Obst., 1934).

Odoul (Marie). — Autogreffes ovariennes par le procédé du Dr Douay. Résultats éloignés (Thèse Paris, 1936).

Petit (R.). — Transposition des ovaires avec conservation du pédicule vasculo-nerveux (Revue franç. Gyn., 1932).

Polak. — Surgery, Gynecology and Obstetrics, juillet 1911.

Rouffart. — L'ovaire laissé *in situ* après hystérectomie (Comm. Soc. belge de Gyn. et Obst., 1921).

Roulland. — Doit-on conserver un ovaire au cours de l'hystérectomie ? (La Gynéco., 1933).

Sainton, Simonnet, Brouha. — Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale, 1937.

Vineberg. — Dégénérescence des ovaires après hystérectomie (Surg. Gyn. and Obst., 1915).

Violet (H.). — Etude clinique des insuffisances ovariennes (III^e Congr. fr. Gynéc.).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	11
PREMIÈRE PARTIE.....	13
I. Rappel physiologique du rôle endocrinien de l'ovaire.....	13
II. Etude des troubles déterminés par la castration...	19
III. Physiologie des ovaires conservés après hystérectomie.....	25
IV. Indications de la conservation des annexes dans les hystérectomies pour fibrome utérin.....	36
V. Note sur la technique chirurgicale suivie.....	41
DEUXIÈME PARTIE.....	45
Etude de 100 observations d'hystérectomie pour fibrome utérin avec conservation des trompes et ovaires...	45
I. Observations d'hystérectomies abdominales subtotales.....	52
1 ^o Avec conservation bilatérale des annexes chez des femmes jeunes.....	52
Etude de ces observations.....	58
2 ^o Avec conservation bilatérale des annexes chez des femmes de plus de 40 ans.....	60
Etude de ces observations.....	64
3 ^o Avec conservation unilatérale des annexes chez des femmes jeunes.....	66
Etude de ces observations.....	75
4 ^o Avec conservation unilatérale des annexes chez des femmes de plus de 40 ans.....	78
Etude de ces observations.....	87
II. Observations d'hystérectomies abdominales totales.	90
1 ^o Avec conservation bilatérale des annexes.....	90
2 ^o Avec conservation unilatérale des annexes.....	93
Etude de ces observations.....	96
Résultats de ces observations d'hystérectomies pour fibrome utérin, avec conservation des annexes.....	100
Tableaux des pourcentages obtenus.....	100
CONCLUSIONS.....	105
BIBLIOGRAPHIE.....	109

